

27^e Congrès National

et

8^e Congrès Francophone

de réanimation

30 novembre, **1**, **2** et **3**
décembre 2023

Hôtel The Russelior, Hammamet

CAHIER DES ABSTRACTS



Plan du cahier

Partenaires

Informations

Planning Modérateurs Flash Communications

Planning Modérateurs e-Posters

Programme Scientifique

Flash Communications

E-Posters

Comité d'organisation

Jalila Ben Khelil
Sami Abdellatif
Imed Chouchéne
Souheil Atrous
Mabrouk Bahloul
Nozha Brahmi
Kais Ben Romdhane

Comité Scientifique

Jalila Ben Khelil
Laurent Papazian
Khalid Abidi
Sami Abdellatif
Imed Chouchéne
Souheil Atrous
Mabrouk Bahloul
Nozha Brahmi
Kais Ben Romdhane
Nadia Kouraichi
Amel Mokline
Ahlem Trifi
Amira Jamoussi
Takoua Merhabene
Kamilia Chtara

Partenaires

Platinum



Gold



Silver



Sponsors



Informations

Accueil et secretariat

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

- Jeudi 30 Novembre : 8h => 20h
- Vendredi 1 Décembre : 7h30 => 20h
- Samedi 2 Décembre : 7h30 => 20h
- Dimanche 3 Décembre : 8h30 => 12h

Badges

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

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

Communications orales

Cinq sessions de Flash communications orales sont prévues en simultanée selon le planning (PJ) :

Date	Horaire	Salle	Session	N° Flash Com
30 Novembre	17:00	Les Jasmins	F COM 1	FC 001 - FC 022
		Modérateurs : M Bahloul & S Ayed & A Trifi		
		Magnolia	F COM 2	FC 023 - FC 043
		Modérateurs : I Fathallah & Mohamed Zakraoui & Z Hamouda		
		Lilas	F COM 3	FC 044 - FC 063
		Modérateurs : A Mokline & T Marhabene & I Ben Saida		
		Hortensia	F COM 4	FC 064 - FC 082
		Modérateurs : H Ghadhouna & O Turki & I Sedghiani		
		Tulip	F COM 5	FC 083 - FC 101
		Modérateurs : H Ben Ghezala & J Ayachi & A Mrad		

Posters électroniques : e.Posters

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

		Borne	N° E.Poster	Thèmes	Modérateurs
30/11/2023	14:00	A	P 001 - P 023	Infectiologie	J Ayachi & I Ben Saida
		B	P 024 - P 047	Infectiologie	T Marhabene & O Turki
		C	P 048 - P 074	Infectiologie	A Trifi & Z Hamouda
		D	P 075 - P 103	Neurologie	H Ben Ghezala & I Sedghiani
		E	P 104 - P 132	Neurologie	S Ayed & I Fathallah
	15:30	A	P 396 - P 402	Paramédicale	N Brahmi & M Bahloul
1/12/2023	8:00	A	P 133 - P 144	Respiratoire	H Nouira & Z Hamouda
		B	P 145 - P 156	Respiratoire	I Ben Saida & I Fathallah
		C	P 157 - P 167 & P 168 - P 172	Respiratoire & Hémodynamique	H Ben Ghezala & J Ayachi
		D	P 173 - P 185	Hémodynamique	S Ayed & H Ghadhoune
		E	P 186 - P 199	Hémodynamique	I Chouchene & H Ben Ali
2/12/2023	8:00	A	P 200 - P 217	Métabolique	O Jaoued & K Ben Ismail
		B	P 218 - P 235	Métabolique & Scoring	H Fredj & S Bradai
		C	P 236 - P 253	Scoring	A Mokline & E Enouri
		D	P 254 - P 271	Scoring	S Kharrat & N Ben Slimen
		E	P 272 - P 289	Scoring	I Trabelsi & H Allouche
		A	P 200 - P 217	Métabolique	K Chtara & F Jarraya
3/12/2023	9:00	A	P 290 - P 314	Complications Iatrogènes	S Bradai & E Seghir
		B	P 315 - P 336	Toxicologie	N Ben Mrad & F Essafi
		C	P 337 - P 346 & P 347 - P 355	Toxicologie & Autres	A Ben Jazia & R Toumi
		D	P 356 - P 375	Autres	A Mehdi & S Kharrat
		E	P 376 - P 395	Autres	L Messaoud & H Zouari

Programme

Medecins

Jeudi 30 Novembre 2023

Atelier 08h30-10h00			
• A1 : Atelier Simulation.Ventilation		Islem OUANES & Amira JAMOSSI : Faculté de Médecine de Tunis	
10h00-10h30 : Pause café			
Atelier 10h30-12h00			
• A1 : Atelier Simulation.Ventilation		Islem OUANES & Amira JAMOSSI : Faculté de Médecine de Tunis	
1er session e-posters 14h00-15h30			Salle Hortensia
Ateliers 15h30-16h30			
• A2 : Prise en charge de l'ACR :		T Merhabene, I Ben Saido, E Rachdi	Salle Tulip
• A3 : Echographie pulmonaire		H Ben Ghezala, I Fathallah, I Mejri	Salle Lilas
• A4 : Repérage des axes vasculaires par l'échographie		O Hamzaoui, O Turki, K Ben Romdhane	Salle Hortensia
16h30-17h00 : Pause café			
Communications orales 17h00-19h00			
Flash-Com 1		Salle Les Jasmins	
Modérateurs : M Bahloul & S Ayed & A Trifi			
Flash-Com 2		Salle Magnolia	
Modérateurs : I Fathallah & Mohamed Zakraoui & Z Hamouda			
Flash-Com 3		Salle Lilas	
Modérateurs : A Mokline & T Merhabene & I Ben Saido			
Flash-Com 4		Salle Hortensia	
Modérateurs : H Ghadhouna & O Turki & I Sedghiani			
Flash-Com 5		Salle Tulip	
Modérateurs : H Ben Ghezala & J Ayachi & A Mrad			

Vendredi 1 Décembre 2023

2è session e-posters 08h00-09h00		Salle Hortensia	
Ateliers 09h00-10h00			
• A2 : Prise en charge de l'ACR :		T Merhabene, I Ben Saido, E Rachdi	Salle Tulip
• A3 : Echographie pulmonaire		H Ben Ghezala, I Fathallah, I Mejri	Salle Lilas
• A4 : Repérage des axes vasculaires par l'échographie		O Hamzaoui, O Turki, K Ben Romdhane	Salle Hortensia
10h00-10h30 : Pause café			
Inauguration par Mr le Ministre de la Santé : Pr Ali MRABET			
Table ronde 10h45-11h45			
Présidée par : Mr le Directeur Général de la Santé : Pr Abderrazak BOUZOUITA			
Démographie de la Réanimation en Tunisie			
Conférences 11h45-13h30		Salle Les Jasmins	
Modérateurs : Pr Jallila Ben Khelil & Pr Khalid Abidi & Pr Mounir Bouaziz			
11h45-12h05 : Gestion des fluides au cours du choc septique : Quelles molécules ? quelle stratégie ?		Olfa Hamzaoui	
12h10-12h30 : La cardiomyopathie du stress en réanimation (Takotsubo en réanimation)		Fekri Abroug	
12h35-12h55 : La myocarde septique : De la physiopathologie au traitement		Hatem Ghadhoune	
13h00-13h20 : Monitoring hémodynamique du débit cardiaque : Quels patients ? Quand ?		Olfa Hamzaoui	
13h30-15h00 : Déjeuner			

Samedi 2 Décembre 2023

3è session e-posters 08h00-09h30		Salle Hortensia
Conférences 09h30-11h05		Salle Les Jasmins
Modérateurs : Pr Nicolas Heming & Salah Ben Lakhal & Pr Amen Allah Messadi		
09h30-09h50 :	Les candidoses systémiques en réanimation	Ahlem Trifi
09h55-10h15 :	Modalités d'utilisation des bêta-lactamines en réanimation (mode d'administration, dosages.)	Michel Wolff
10h20-10h40 :	Les techniques rapides en microbiologie modifient-elles les pratiques et le pronostic en réanimation ?	Michel Wolff
10h45-11h05 :	Quelles cibles thérapeutiques dans la prise en charge du choc septique	Olfa Hamzaoui

Symposium (Pfizer) 11h05-11h45

Salle Les Jasmins

Modérateurs : Pr W Najja & Pr Sami Abdellatif		
Place du Zaviceffa dans le traitement des Pneumonies nosocomiales, Infections des voies urinaires et des Infections intra-abdominales compliquées, chez les adultes		Mabrouk Bahloul
Conférences 11h45-12h55		Salle Les Jasmins
Modérateurs : Pr Moncef Ben Ayed & Pr Hafedj Thabet & Pr Mabrouk Bahloul		
11h45-12h05 : Les pneumopathies communautaires graves en réanimation : quelle stratégie antibiotique		Nebiha Falfoul
12h10-12h30 : Place des corticoïdes dans les pneumopathies communautaires graves		Nicolas Heming
12h35-12h55 : Prise en charge des pneumopathies nosocomiales : Antibiotiques inhalés versus par voie intraveineuse (controverse ?)	Nozha Brahmi & Hassen Ben Ghezala VS Jihene Ayachi	
Conférences 13h00-14h00		Salle Les Jasmins
Modérateurs : Pr Zouheir Jerbi & Pr Slah Bouchoucha & Pr Makhlouf Belghith		
13h00-13h20 : Dysfonction cérébrale du patient de réanimation		Tarek Sharshar
13h20-13h40 : Place des anti-compléments dans la myasthénie et le syndrome de guillain-barré		Nicolas Heming
13h40-14h00 : Suivi-à long-terme neuropsychiatrique du patient de réanimation		Tarek Sharshar
14h00-15h00 : Déjeuner		

Conférences 15h00-16h45

Salle Les Jasmins

Modérateurs : Pr Lamia Ouanes-Besbes & Olfa Hamzaoui & Pr Nadia Kouraichi			
15h00-15h15 : Les hypophosphorémies en réanimation		Khalid Abidi	
15h20-15h35 : L'insuffisance rénale aigue en réanimation : Quand et comment dialyser ?		Chokri Ben Hamida	
15h40-15h55 : Quels retentissements de la ventilation mécanique sur la fonction rénale		Youssef Blel	
16h00-16h15 : Le syndrome cardio-rénal en réanimation : de la physiopathologie au traitement		Imed Chouchene	
16h20-16h35 : Faut-il traiter toutes les hyponatrémies en réanimation ?		Oussema Jaoued	

Symposium (Baxter) 16h45-17h30

Modérateurs : Pr I Labbenne & Pr S Ayed		
Alimentation Parentérale, Quel bénéfice pour les patients de réanimation		Jallila Ben Khelil
Conférences 17h30-19h00		Salle Les Jasmins
Modérateurs : Pr Mohamed Besbes & Chokri Ben Hamida & Pr Fehmi Dachraoui		
17h30-17h50 : Prise en charge du SDRA : quoi de neuf ?	Laurent Papazian	
17h55-18h15 : Mécanismes de la défaillance hémodynamique au cours du SDRA	Mustapha Ferjani & Mohamed Zakraoui	
18h20-18h40 : Effets hémodynamiques du DV au cours du SDRA	Lamia Ouanes-Besbes & Zaineb Ben Hamouda	
18h40-19h00 : Peut on épargner l'usage des curares au cours du SDRA	Laurent Papazian	

Dimanche 3 Décembre 2023

4è session e-posters 09h00-10h30		Salle Hortensia	
Ateliers 10h30-11h30			
• A2 : Prise en charge de l'ACR :		T Merhabene, I Ben Saido, E Rachdi	Salle Tulip
• A3 : Echographie pulmonaire		H Ben Ghezala, I Fathallah, I Mejri	Salle Lilas
• A4 : Repérage des axes vasculaires par l'échographie		O Hamzaoui, O Turki, K Ben Romdhane	Salle Hortensia
11h30-12h00 : Pause café			
Fin des travaux			

Paramedicaux

08h00-08h30 : Inscription et accueil des participants			
Conférences			Salle les jasmins
Modérateurs : Pr J Ben Khelil, Pr M Bahloul, Pr N Brahmi			
08h30-08h50 : Choc septique : Micro-organismes, grandes conséquences : Modalités d'administration des antibiotiques			Wael Slama & Salma Gallas
09h00-09h20 : Diagnostic et prise en charge d'un état de mort encéphalique : quelle place pour le personnel paramédical ?			Imen Slama & Cherifa Guannouni
09h30-09h50 : Hémodialyse en réanimation : Rôle de l'infirmier			Amani Chabbouh & kalhoum Akacha
10h00-10h30 : Pause café			
10h30-10h50 : Infections associées aux soins au service de réanimation : rôles et responsabilités des professionnels de santé			Atel mtr & Radhia Arfaoui
11h00-11h20 : L'impact de la mobilisation passive précoce en réanimation			Bochra Rzaoua & Haifa Fitouri
11h30-11h50 : Evaluation et préparation au sevrage ventilatoire par les professionnels de santé			Dhia Chaieb & Youssef Troudi
12h00-13h00 : Responsabilité en milieu de soins			Pr Mohamed Allouche
13h00-14h00 : Déjeuner			
14H-15H : Ateliers (Paramédicaux)			
AP 1 : Surveillance des paramètres ventilatoires chez un patient sous ventilation mécanique			Dr Asma Mehdi & Wael Slama & Salma Gallas
AP 2 : Monitoring hémodynamique des patients en soins intensifs			Dr Hajer Nouria & Ayoub chfayer
15H30-16H30 : E posters Paramédicaux			
Fin			

Nos orateurs et aimables invités :



Olfa Turki. Kallel

Date and place of birth: 07/04/1984 Sfax -TUNISIA

Marital status: Married.

E-Mail : olfa.turki.rea@gmail.com

SCHOOL AND UNIVERSITY SCHOOL

Primary Education: BECHA Primary School - Sfax (1990 - 1996)

Successful bachelor's degree June 2003 (Experimental Sciences Section) - with honors.

University studies: Faculty of Medicine of Tunis (2003-2008).

CIRCUS OF RESIDANAT

- Successful residency contest in medicine : September 2011 session
- Specialty: INTENSIVE CARE (Medical Resuscitation)
- NATIONAL DOCTORAL DIPLOMA IN MEDICINE : June 2014
- Honorable mention with congratulations from the jury
- SPECIALIZATION DIPLOMA IN MEDICAL RESUSCITATION : February 2016

QUALIFICATION

- Assistant professor 2016
- Professor medical resuscitation 2021
- Neuro-resuscitation master coordinator

DIPLOMAS

- English national diploma
- ALS diploma: advanced life support
- Master Basics in Pedagogy + Pedogo-TIC
- Master Biostatistics
- English Medical Master
- Simulation Master
- Echocardiography qualification
- Fast echography qualification
- Transcranial Doppler qualification



Pr. Olfa HAMZAOU

Adresse Professionnelle : Service de Médecine intensive-réanimation

Hôpital Robert Debré, CHU de Reims

RUE DU GÉNÉRAL KOENIG, REIMS

CEDEX 51092 REIMS

Telephone professional: 0033310736973

Portable: +33650819351

E-mail olfa_hamzaoui@yahoo.fr

ohamzaoui@chu-reims.fr

Thématiques de recherche et champs d'expertise :

Le monitoring cardiovasculaire et échocardiographie

L'évaluation de la précharge dépendance

L'utilisation des vasopresseurs chez les patients de réanimation

Les problèmes des inégalités Femmes-Hommes dans le milieu de réanimation

H index : 25 (Publish or Perish, Google Scholar), 18 (Web of Science)

62 articles indexés sur PubMed :

22 en premier ou dernier auteur

5 en deuxième ou troisième auteur

6 publications "international experts panel " (vasopresseurs, inotropes, prise en charge du choc septique)

4 publications dans des études multicentriques en tant que co-auteur et 5 comme collaborateur

Conférences invitées : 77 invitations (ESICM, SRLF, internationales)

Positions et responsabilités:

Secrétaire de la commission du congrès médical de la Société de réanimation de langue Française (SRLF)

Fondatrice et ancienne secrétaire du groupe FEMMIR (femmes médecins en médecine intensive réanimation)

Membre de la commission pédagogique du CeMIR (collège des enseignants de la médecine intensive réanimation)

Edition (Associate Editor)

Journal of Critical Care pour la section cardio-vasculaire

Journal of Intensive Medicine

Relecture (Reviewer)

Journal of Clinical Monitoring and Computing

Journal of Critical Care

Critical Care

Annals of intensive care



Takoua MERHABENE

Née le : 08/01/1979 à Hammamet, Tunisie

Etat civil : mariée, mère de 2 enfants

Téléphone : (+ 216) 97506890

E-mail : takouamg@yahoo.fr / takoua.merhabene@fmt.utm.tn

Titres universitaires :

- Doctorat en médecine : faculté de médecine de Tunis 23/10/2009.
- Diplôme de spécialité en réanimation médicale : Décembre 2010.
- Assistanat hospitalo-universitaire : 02/05/2012
- Agrégation en médecine : 28/12/2017.

Fonctions et responsabilités hospitalières :

- Responsable du service des urgences et réanimation Médicale de l'hôpital régional de Zaghouan depuis 26/02/2018 Tunisie
- Cheffe de service de la réanimation médicale depuis juillet 2019
- Présidente du comité médical depuis Mars 2020
- Présidente du comité COVID de l'hôpital
- Membre fondatrice service de soins intensifs en addictologie (complexe Jbel Ouest)
- Présidente du comité de formation continue régionale (direction régionale de Zaghouan)
- Membre du comité régional des urgences (direction régionale de Zaghouan)

Compétences :

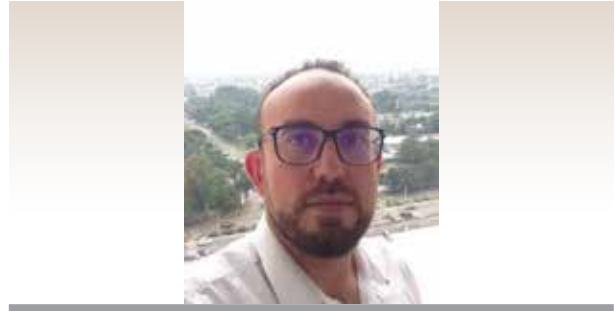
- Diplôme universitaire neuro-réanimation (Faculté de médecine Saint-quentin en Yveline-Gaches).
- Diplôme universitaire en pédagogie médicale (Faculté de médecine de Tunis).
- Diplôme universitaire ultrasons en milieu de réanimation (Faculté de médecine de Tunis).
- Diplôme universitaire réanimation en pathologie infectieuse (Faculté de médecine de Tunis).
- Diplôme universitaire réanimation en milieu pédiatrique (Faculté de médecine de Tunis).
- Compétence en hémodialyse.
- CEC enseignement par simulation en sciences de la santé (Faculté de médecine de Tunis)
- CEC leadership and management en health (Université de Washington)
- CEC communication en milieu médical (Faculté de médecine de Tunis)
- CEC Global health management (Université de Washington)

Formation

Attestation de formation (2019) dans le domaine de la documentation médico-légale de la torture sous l'égide CROM-ONAT-DIGNITY

Merhabene Takoua

- Maître de conférences agrégé en réanimation médicale
- Faculté de médecine de Tunis, Université El Manar, Tunisie
- Cheffe de service de réanimation médicale- Hôpital régional de Zaghouan, Tunisie



OUANES Islem

Date et lieu de naissance : 28/10/1975

Nationalité : Tunisienne

Médecin Spécialiste en Réanimation Médicale au Secteur Privé
Professeur Hospitalo-Universitaire. Réanimation médicale

Adresse personnelle : Rue Ennadhour, 5031. Ksibet El Mediouni.

Adresse professionnelle : Service de Réanimation. Clinique El Yosr Internationale Sousse.

Téléphone : 98641893/56828912

E-mail : ouanes.islem@gmail.com

Docteur en Médecine : Année : 2004.

Spécialiste en Réanimation médicale 2007.

Assistanat hospitalo-universitaire en Réanimation médicale 2007.

Maître de conférences Agrégé en Réanimation Médicale 2013

Professeur Hospitalo-Universitaire en Médecine : 2018

1. Responsabilités universitaires

- Président du Comité de Simulation et Coordinateur du Centre de Simulation Pédagogique à la FMM 2014-2017.
- Sous Directeur des Stages à la Faculté de Médecine de Monastir et Membre du Comité des Stages de la Faculté de Médecine de Monastir pendant le mandat décanal 2014-2017.
- Fondateur et Directeur du CEC de Simulation Pédagogique en Sciences de la Santé depuis l'année universitaire 2016-2017.
- Membre du Comité de Recherche de la Faculté de Médecine de Monastir pendant le mandat décanal 2017-2019.
- Membre du Laboratoire de Recherche LR12SP15 "Recherche cardiopulmonaire en médecine intensive et Toxicologie ».
- Membre du Comité de Médecine et de Chirurgie expérimentale à la Faculté de médecine de Monastir pour la période 2011-2014.

2. Responsabilités Associatives.

- Secrétaire Général de l'Association de recherche en Réanimation.
- Membre Fondateur de la Société Tunisienne de Simulation en Santé (SOTUSIMS).
- Responsable du Comité de Stratégie et Coordination avec les Sociétés Internationales de Simulation au sein de la SOTUSIMS.
- Membre adhérent de l'Association Tunisienne de réanimation (ATR).
- Membre adhérent de la Société de Réanimation de Langue Française (SRLF).

Collaboration et activité internationale.

- Participation à la Rédaction des Recommandations de Pratique Professionnelle, commune entre la Société de Réanimation de Langue Française (SRLF), Société Française d'Anesthésie-Réanimation (SFAR), Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) et la Société Francophone de Simulation en santé (SOFRASIMS). Janvier 2019
- Collaboration avec le Centre de Simulation de la Faculté de Médecine de Brest avec des échanges de visites et d'expériences.

Rewiewing

Nous assurons une activité de rewiewing avec des revues surtout du domaine de réanimation telque :

BMC Nephrology

Annals of Intensive Care

Membre de groupes de recherche et d'investigateurs

TOPCUFF investigators group

LUNGSAFE investigators group

EUROBACT investigators group

Membre de l'association Outcomeréa.

Membre du groupe de recherche respiratoire



Pr. Khalid Abidi

Medical Intensive Care Unit, Ibn Sina University Hospital, Rabat
 Personal address : Rue Jamal Eddine Afghnai, Immeuble Ennour, App 2, Kénitra, Morocco
 Professional address : Université Mohammed V, Faculté de Médecine et de Pharmacie,
 Hôpital Ibn Sina, Rabat, Morocco
 TELEPHONE : 00 212 6 67 06 60 28 ;
 MAIL : ABIDIKHALID6@GMAIL.COM

Medical and scientific Background (MD) :

1989-1996 : Medical school
 1998-2022 : Residency in Medical critical care
 2003 : Assistant Professor
 2011 : Professor of Critical Care
 Since 2017 : President of the Infectiologie section of the Moroccan Society of Anesthesia Analgesia critical Care "SMAAR"
 2019-2022 : General Secretary of the Moroccan society of Anesthesia Analgesia Critical Care "SMAAR"
 2019-2022 : President of the scientific committee of the Moroccan society of Anesthesia Analgesia critical Care "SMAAR"
 Since 2021: Membre de "the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM) Diversity and Inclusiveness Monitoring Group"
 Since 2022 : vice-President of the French society of critical care « Société de Réanimation en Langue Française SRLF ».
 Since 2022 : member of AKI section "ESICM"
 Since 2022 : member of the Infectiology section "ESICM"
 Since 2022 : General Secretary of the Moroccan Society of Anesthesia Analgesia Critical Care « SMAAR »
 Since 2023 : Member of the national committee of Medical critical care
 Since October 2023: Regional representative Africa of the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM)

Noteworthy

2018 : guest editor of the «Intensive Care Medicine» revue.

Since 2021: Member of of the European Society of Intensive Care Medicine Diversity and Inclusiveness Monitoring Group
 Reviewer in the « Critical Care Medicine » Revue Hospital
 Since 2013: member of drug committee
 Since 2015 : member of Antimicrobial stewardship team Teaching Medical school, intensive care specialists in training, medical critical care residents
 Since 2022: University diploma on emergency management patients Clinical research
 Since 2005: Member of the International Nosocomial Infection Consortium Control.
 Participation in multicentric studies as a national coordinator or investigator:
 GEMINI; EUROBACT II; WEANSafe; DECUBICUS; PNEUMOINSPIRE; safety of patients (WHO)
 Publications Cited 3957 times, H Index 25 on Sept 2023



Tarek Sharshar

Neurologue, Professeur de médecine intensive à l'Université Paris Cité et chef du pôle neurologique au GHU-Psychiatrie et Neurosciences, site Sainte-Anne, à Paris. Il est titulaire d'un doctorat à l'Imperial College. Il collabore avec le Laboratoire d'Émotion et Mémoire de l'Institut Pasteur (Pr Pierre-Marie Lledo) et est également affilié à l'Institut de Psychiatrie et Neurosciences de Paris (UMR1266). Son principal sujet de recherche concerne les troubles neurologiques, centraux et périphériques, chez les patients de réanimation. Il co-dirige le projet «sounds4coma» qui vise au développement de paradigmes sonores à des fins d'évaluation du pronostic des troubles aigus de la conscience.



Dr Amel MOKLINE

Professeure à la Faculté de Médecine de Tunis, Spécialiste en Réanimation Médicale

ADRESSE PROFESSIONNELLE :

Service de Réanimation des brûlés. Centre de Traumatologie et des Grands Brûlés. Ben Arous

TITRES :

- 2002 Doctorat d'Etat en Médecine. Faculté de Médecine Tunis
- 2008 Diplôme d'Etat de Médecin Spécialisé en Réanimation Médicale.
- 2010 Assistante Hospitalo-Universitaire. Spécialité Réanimation Médicale.
- 2016 Maître de Conférence Agrégé. Spécialité Réanimation Médicale.
- 2022 Professeure. Spécialité Réanimation Médicale.

DIPLÔMES

- 2007 Diplôme d'Attestation de Formation Spécialisée (AFS) en Réanimation Médicale (Faculté de médecine Saint Antoine. Paris- France)
- 2009 Diplôme d'Université « Insuffisance Respiratoire Aigue- Prise en Charge- Assistance Ventilatoire ». (Faculté de médecine de Bordeaux 2- France).
- 2017 Certificat d'Etudes Complémentaires En Brûlures Plaies et Cicatrisation. (Faculté de Médecine de Tunis.)
- 2019 Certificat d'Etudes Complémentaires En Exploration Hémodynamique par Ultra-sonographie en Anesthésie Réanimation. (Faculté de Médecine de Tunis)
- 2020 Certificat d'Etudes Complémentaires en Douleur Chronique. (Faculté de Médecine de Tunis)
- 2020 Diplôme de Simulation Pédagogique en Sciences de la Santé. (Faculté de Médecine de Monastir)
- 2023 Diplôme de Communication en milieu médical. (Faculté de Médecine de Tunis)

FONCTIONS HOSPITALIERES

Présidente du Comité d'Ethique du Centre de Traumatologie et des Grands Brûlés-Ben Arous.

Membre du comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) du Centre de Traumatologie et des Grands Brûlés-Ben Arous.

Membre du comité de thérapeutique du Centre de Traumatologie et des Grands Brûlés-Ben Arous

ACTIVITES D'INTERET GENERAL

Membre du laboratoire de recherche du Centre de Traumatologie et des Grands Brûlés UR22SP03 (2023)

Membre du laboratoire de recherche « Pharmacologie clinique et expérimentation » (LR16SP02) (2017)

Membres de Sociétés Savantes :

Membre de l'Association Tunisienne de Réanimation.

Membre de la Commission d'éthique et de la recherche de l'Association Tunisienne de Réanimation

Membre de la Société Française de Brûlologie (SFB)

ACTIVITES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Chef de Section de Réanimation Médicale à la Faculté de Médecine de Tunis (2021)

Co-Coordnatrice du CEC Brûlures plaies et cicatrisation à la Faculté de Médecine de Tunis (2017)

Membre du Comité d'Ethique à la Faculté de Médecine de Tunis (2019)

Membre du comité de pilotage du CEC Brûlures plaies et cicatrisation de la FMT depuis 2017

Membre du comité de pilotage du CEC Médecine Transfusionnelles de la FMT depuis l'année universitaire 2021-2022



Ben Ghezala Hassen

E-mail : hassen.ghézala@gmail.com

Poste Actuel : Professeur agrégé en réanimation médicale. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale urgente de Tunis, Tunisie. Professeur Agrégé en Réanimation médicale : Université Tunis El Manar depuis Décembre 2016.

DIPLOMES ET ACCREDITATIONS

Diplômes and Accréditations :

- Certificat d'Etudes Complémentaires (CEC) en Pédagogie Médicale (2023). Faculté de médecine de Tunis.
- Consultant en réanimation médicale pour les hôpitaux en Arabie Saoudite (Avril 2018). Saudi Council for Health Specialties (SCFHS). 17-RM-0044247.
- Maître de conférences agrégé en Réanimation médicale (2016). Faculté de médecine de Tunis. Université Tunis El Manar.
- Certificat d'Etudes Complémentaires (CEC) en Techniques Ultrasoniques en Anesthésie et Réanimation (2014). Faculté de médecine de Tunis.
- DESC AFSA "Réanimation médicale" Ile de France, France (2011).
- Diplôme de Spécialiste en Réanimation médicale (2010).
- European and American BLS, ALS, EPLS, Instructor.



Ahlem Trifi,

E mail : trifi.ahlem2@gmail.com / ahlem.trifi@fmt.utm.tn

Associated Professor, MD

Medical intensive care unit of the teaching hospital of la Rabta
Faculty of medicine of Tunis, University El Manar, Tunisia
Titulaire de plusieurs CEC et diplôme universitaires
Auteurs de plusieurs publications dans différents domaines
Member of the research and innovation commission of la Rabta
Member of the Clinical and Experimental Pharmacology
Laboratory (LR16SP02), the Chalbi Belkahia National Center for
Pharmacovigilance. Field: hemodynamic, infectious diseases
Member of the Tunisian intensive care association
Member of the Tunisian college of medical intensive care
Rédacteur et Reviewer dans différents journaux
scientifiques dans des journaux indexés sur Pubmed : Critical care,
Plos one, Scientific reports, *BMC Infectious Diseases*, Frontiers in
Pharmacology, La Tunisie médicale



Mabrouk Bahloul

ICU Department, Sfax University, Habib Bourguiba University
hospital, Sfax-Tunisia

Mabrouk Bahloul graduated from Sfax Faculty of Medicine as MD
(1998), Intensive Care Specialist (2000) Associate professor in ICU
(2007) and Professor in Critical Care Medicine (2013) (laureate of the
contest professorship in Medicine-Tunisia).

Pr Mabrouk Bahloul is Board member of the Tunisian Intensive Care
Society. He is also a distinguished member or consultant of many
scientific committees in the critically ill. He fulfills the position of Full
Professor at the Sfax Faculty of Medicine. Mabrouk Bahloul authored
or co-authored more than 160 peer-reviewed papers, more than 200
abstracts and more than 5 book chapters. He was also editor of three
books dedicated to Critical Care medicine. He is a member of the
editorial board of 3 medical journals.

His areas of research include studies on prevention and control of
hospital-acquired infections, epidemiology of ventilator-associated
pneumonia or severe community-acquired pneumonia, COPD in
ICU, Toxicology (in particular scorpion envenomation), Heart disease
in ICU, Brain Trauma, Pulmonary Embolism and treatment of sepsis
and infections in critically ill patients.

Dr Fayez Abillama

Mini-biographie

Le Dr Fayez Abillama a étudié la réanimation et l'anesthésiologie en France. Par la suite, le Dr Abillama a travaillé en France, puis s'est installé
au Liban où il a exercé comme médecin en réanimation. Le Dr Abillama possède une expérience significative auprès des soldats blessés,
principalement acquise lors de la bataille de Nahr el Bared en 2007.

Parallèlement, le Dr Abillama a été élu président de la Société libanaise de réanimation. Durant son mandat, il a organisé des séminaires ainsi
que des congrès nationaux et régionaux. Le Dr Abillama a également organisé les premiers séminaires d'échographie dédiés à la Réanimation.
Actuellement, le Dr Abillama poursuit ses travaux dans le domaine de la nutrition parentérale au centre médical LAUMCRH. En outre, le Dr
Abillama a participé à une campagne nationale auprès de l'Organisation nationale pour le don et la transplantation d'organes et de tissus
(NOD-Ib) au Liban.

Le Dr Abillama est également très intéressé par la question de l'éthique, ce qui se reflète dans sa participation passée à des comités d'éthique
médicale au sein de notre hôpital. Il mène actuellement des campagnes de sensibilisation sur les premiers secours (BLS) destinées au grand
public.

Imen Ben Saida

Docteur en médecine, Professeure agrégée en réanimation médicale.
Service de réanimation médicale. Hôpital Universitaire Farhat Hached. Sousse.
Laboratoire de Recherche N°LR12SP09. Insuffisance Cardiaque.
Faculté de Médecine de Sousse. Université de Sousse. Tunisie.



Dr Inés FATHALLAH

(maître de conférences agrégé hospitalo-universitaire en médecine)
 56. Rue 25 Juillet, Ezzahra

+216 98906480 +216 58187266

ines.fathallah@fmt.utm.tn

Adresse professionnelle : Service de Réanimation Polyvalente Hôpital Régional de Ben Arous- Yasminette

1.2 Etudes:

- 2001– Certificat du baccalauréat tunisien option mathématiques
- 2010 – Concours de résidanat : Spécialité : Réanimation médicale
- 2011 – 2014 : 8 semestres du cursus de spécialisation en réanimation médicale
- Mars 2015 – Diplôme de fin de spécialité en réanimation médicale.
- Juillet 2015 – Admise au concours national d'assistantat en médecine.
- Depuis Janvier 2016 – Assistante en réanimation médicale à la faculté de médecine de Tunis
- Novembre 2021 Admise au concours maître de conférences agrégé hospitalo-universitaire en médecine

Titres et diplômes

- 1. Diplôme national de docteur en médecine.
 § Faculté de médecine de Tunis
 § Thèse : Intérêt pronostique de l'oxygénothérapie hyperbare dans l'intoxication grave au CO : Etude cas-témoin soutenu en Mars 2015
- 2. Certificat d'études complémentaires en toxicologie (2013/2014)
 § Faculté de médecine de Tunis
 Mémoire : « Exposition au gaz neutralisant après la révolution : étude de 16 cas et revue de la littérature »
- 3. Certificat d'études complémentaires en soins intensif et urgences cardiaque (2015/2016)
 § Faculté de médecine de Tunis
 Mémoire : « Les insuffisances cardiaques aiguës : Etude des scénarios cliniques et évaluation de la prise en charge thérapeutique »
- 4. Certificat d'études complémentaires en exploration hémodynamiques par ultrasons en Anesthésie Réanimation (2018/2019)
 § Faculté de médecine de Tunis
- 5. Certificat d'études complémentaires en Simulation pédagogique en sciences de la santé (2018/2019). Faculté de médecine de Monastir.
 Mémoire : « Apprentissage par simulation et compétences non technique en médecine aiguë »
- 6. Certificat d'études complémentaire en recherche clinique (2019/2020)
 § Faculté de médecine de Tunis
 § Mémoire : sous le format d'un article soumis à un journal indexé et impacté, intitulé « Corticothérapie systémique et pneumonie grave au SARS-CoV-2 : quel protocole thérapeutique ? »

Dr AYED Samia

Service de Réanimation Médicale- ARIANA

Faculté de médecine de Tunis

Date de naissance : 23 Juillet 1978

Lieu de naissance : Mahdia

Situation familiale : Mariée- 2 enfants

Adresse : ENNASR 1

Téléphone : 0021698374584

Email : samia.ayed@yahoo.fr

Samia.ayed@fmt.utm.tn

Etudes Universitaires

Baccalauréat : Session de juin 1995 : mention assez bien.

Etudes médicales :

- premier cycle en médecine : SEPTEMBRE 1995–JUN 1997
- deuxième cycle en médecine : SEPTEMBRE 1997- JUIN 2000
- stages d'internat : Novembre 2000- 31 Octobre 2002
- Concours de résidanat : session de Décembre 2003.
- Stages de résidanat : 4 semestres de réanimation médicale :
 - » Deux semestres : du 01/07/2004 au 30/06/2005 au service Réanimation Médicale du CHU Tahar Sfar de Mahdia (Pr ELATROUS)
 - » Deux semestres : du 01/07/2005 au 30/06/2006 au service de Réanimation Médicale du CHU Tahar Sfar de Mahdia (Pr ELATROUS).
 - » Deux semestres : du 01/11/2006 au 30/10/2007 au service de Réanimation Médicale et Infectieuse du CHU Bichat-Claude Bernard à Paris (Pr REGNIER)
 - » Deux semestres : du 01/11/2007 au 30/10/2008 au service de Réanimation Médicale de l'Hôpital Européen George Pompidou à Paris (Pr FAGON)
- diplôme d'état de doctorat en médecine obtenu le 07/10/2006

carrière hospitalo-universitaire

- Assistante hospitalo-universitaire en Réanimation Médicale en Novembre 2008, Faculté de Médecine de Monastir
 - » Prise de fonction au service de Réanimation Médicale de l'EPS Mahdia (Pr Elatrous), Faculté de Médecine de Monastir, de Mars 2009 à Janvier 2013
 - » Prise de fonction au service d'Anesthésie Réanimation de l'Hôpital des FSI de la Marsa de Février 2013 à Février 2015
- Maître de Conférences Agrégée en Réanimation Médicale depuis février 2015, Faculté de Médecine de Tunis :
 - » Prise de fonction au service d'Anesthésie Réanimation de l'Hôpital des FSI de la Marsa de Février 2015 à Aout 2016
 - » Prise de fonction au service de Réanimation Médicale de l'Hôpital Abderrahmen Mami à Ariana (Pr Besbes) depuis Septembre 2016
- Professeur en médecine, spécialité : Réanimation médicale depuis 2023

TITRES et diplomes

- THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTORAT EN MEDECINE soutenue le 07/10/2006 « Influence des catécholamines sur la validité de la glycémie capillaire en cas d'hyperglycémie aiguë en unité de soins intensifs » mention très honorable avec les félicitations du jury et proposition pour prix de thèse
 PRIX DE THESE OBTENU EN DECEMBRE 2008
- DIPLOME NATIONAL DE SPECIALITE EN MEDECINE :
 Le 15 Octobre 2008, Spécialité : Réanimation Médicale
- Admission au concours d'assistantat hospitalo-universitaire en réanimation médicale

Novembre 2008, Faculté de Médecine de Monastir

- Admission au concours d'agrégation hospitalo-universitaire en réanimation médicale

Décembre 2014, Faculté de Médecine de Tunis

- DIPLOMES DE 3ème CYCLE :
 - » CEC de méthodologie de recherche et de publication en sciences de la santé, Faculté de Pharmacie de Monastir, Session 2019
 - » Mémoire soutenue en octobre 2020 "Clinical features, management and outcome of COVID19 patients in a Tunisian intensive care unit"

Mémoire pour l'obtention du CEC de Méthodologie de Recherche et de Publication en Sciences de la santé

Directeur du mémoire : Pr Ben Khelil Jalila

AYED Samia, 28 Octobre 2020, Faculté de Pharmacie de Monastir

CEC de « Enseignement par Simulation de santé » session 2020, Faculté de Médecine de Tunis

Mémoire soutenue en décembre 2022

« ENSEIGNEMENT PAR SIMULATION EN REANIMATION MEDICALE : ENJEUX ET PERSPECTIVES »

Directeur du mémoire : Pr Ag JAMOOUSSI Amira

AYED Samia, 19 Décembre 2022, Faculté de Médecine de Tunis

Diplôme international d'assistance extracorporelle (ECMO DIPLOMA) obtenu en Décembre 2021

Université de La Sorbonne, Hôpital La Pitié Salpêtrière

Pr Alain COMBES

Certificat « Good Clinical Practice »

NIDA Clinical Trials Network

Janvier 2022

Certificat « Leadership and Management in Health »

Université de Washington

Juin 2022

PUBLICATIONS

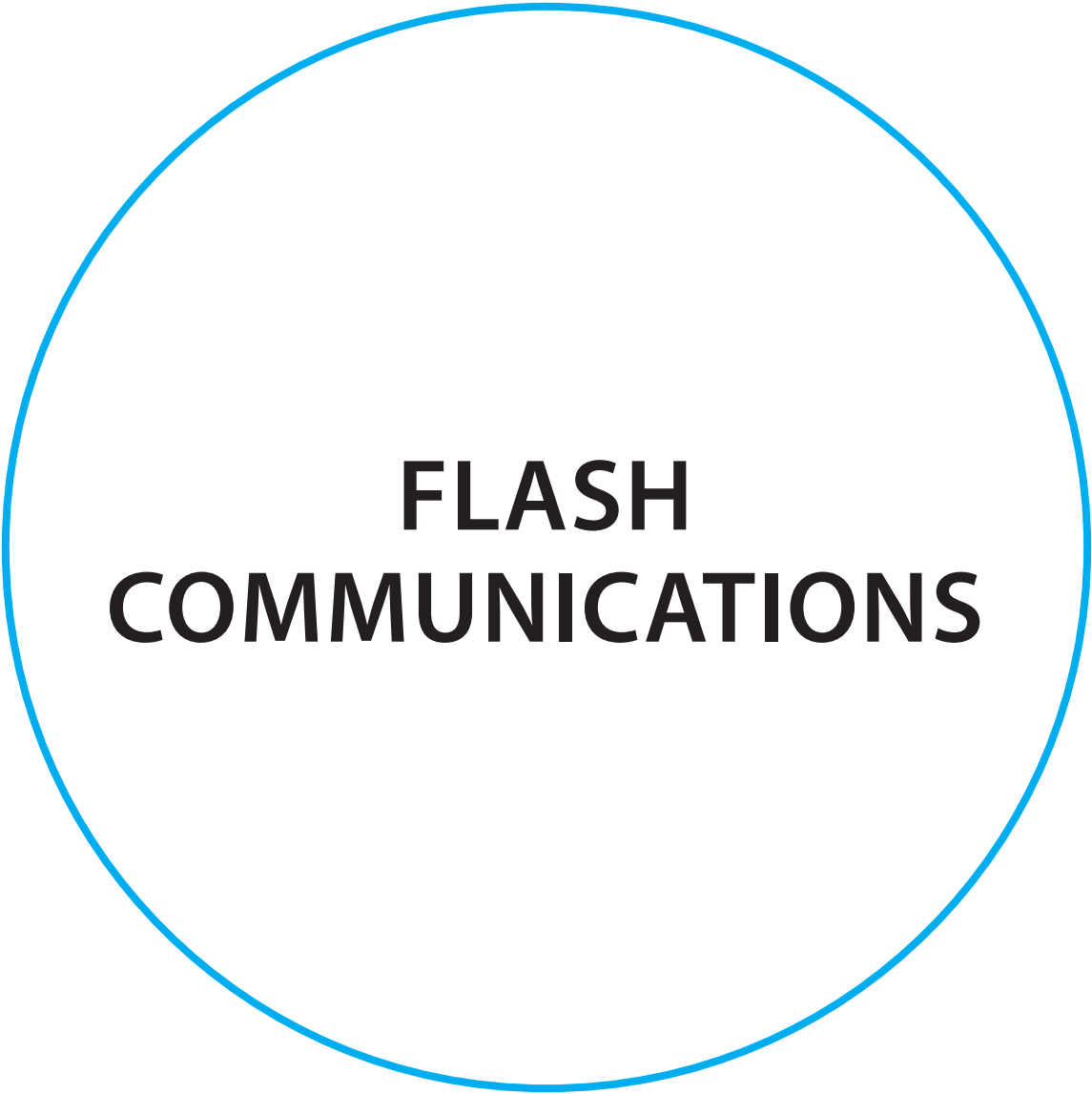
1. Les envenimations scorpioniques graves
Elatrous S, Besbes-Ouanes L, FekihHassen M, Ayed S, Abroug F.
Chapitre dans un ouvrage, Médecine Tropicale 2008 ; p 68
2. Durée de l'antibiothérapie lors du traitement des pneumopathies acquises sous ventilation mécanique : comparaison entre sept jours et dix jours.
étude pilote
FekihHassen M, Ayed S, Ben Sik Ali H., Gharbi R., Marghli S., Elatrous S, Annales Française d'anesthésie et de Réanimation 2009, 28 : 16-23
3. Bedside capillary blood glucose measurements in critically ill patients : influence of catecholamine therapy
FekihHassen M, Ayed S, Gharbi R., Ben Sik Ali H, Marghli S., Elatrous S, Diabetes Research and clinical practice 2010; 87: 87-91
4. N-terminal proB-type natriuretic peptide levels aid the diagnosis of left ventricular dysfunction in patients with severe acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease and renal dysfunction
Islam Ouanes1, Faten Jalloul1, Samia Ayed2, Fahmi Dachraoui1, Lamia Ouanes-Besbes1, Mohamed Fekih Hassen2, Souheil Elatrous2, Fekri Abroug1
Respirology 2012; 17: 660-666
5. pneumothorax spontané et maladie de RECKLINGHAUSEN : à propos d'un cas
S Ayed Della, A Kotti, Ben Sik Ali H, S Ayed, FekihHassen M, Elatrous S
Revue de Pneumologie Clinique 2012, 68 : 202-204
6. New Onset of Atrial Fibrillation in a Medical ICU: Prevalence and Risk Factors
S. Della Ayed, S. Ayed, R. Atig, N. Tilouche, H. Ben Sik Ali, R. Gharbi, M. FekihHassen, S. Elatrous
International Journal of Clinical Medicine, 2012, 3: 581-585
7. Incidence et profil de Résistance es bactéries isolées au cours des infections nosocomiales en Réanimation
Ben Haj Khelifa1, S. Ayed2, N. Tilouch2, MH. Fekih2, S. Atrous2, M. Khedr1
Revue Tunisienne d'Infectiologie, 2012, 6:207-12
8. Characteristics and determinants of outcome of hospital-acquired bloodstream infections in intensive care units: the EUROBACT International Cohort Study
Alexis Tabah, DespoinaKoulenti, Kevin Laupland, Benoit Misset, Jordi Valles, FredericoBruzzi de Carvalho et Al.
Intensive Care Med 2012; 2695-9
9. DELAYED TREATMENT OF IATROGENIC CEREBRAL AIR EMBOLISM WITH HYPERBARIC OXYGEN
M. FekihHassen, S. Ayed Della, S Ayed, N Tilouche, H. Ben Sik Ali, R.Gharbi, R.Atig, S.Elatrous
Trends in Anesthesia and Critical Care 2013; 3: 289-90
10. Acute Heart failure following severe chloralose poisoning: a case report
M.FekihHassen, S.Ayed Della, H.BenSik Ali, R.Gharbi, S.Elatrous
Egyptian Journal of Anesthesia 2013; 29 (1): 87-88
11. Evolution of Mortality over Time in Patients Receiving Mechanical Ventilation
Andre's Esteban, Fernando Frutos-Vivar, Alfonso Muriel, Niall D. Ferguson, Oscar Pen˜uelas, Victor Abaira, et AL.
FOR THE VENTILAGROUP

Am J RespirCrit Care Med. 2013; 188(2):220-230

12. Diagnosis and management of temperature abnormality in ICUs: a EUROBACT investigators' survey
Daniel J Niven, Kevin B Laupland, Alexis Tabah, AurélienVesin, Jordi Rello, DespoinaKoulenti, George Dimopoulos, Jan de Waele and Jean-Francois Timsit, for the EUROBACT Investigators
Critical Care 2013, 17:R289
13. Prednisone in COPD exacerbation requiring ventilatory support: A randomised evaluation
FekriAbroug (1), LamiaOuanes-Besbes (1), Mohamed Fkih-Hassen (2), IslemOuanes (1), SamiaAyed (2), FahmiDachraoui (1), Laurent Brochard (4), SouheilElatrous (2)
EurRespir J. 2014; 43(3):717-24
14. Severe community-acquired pneumonia admitted at the intensive care unit: Main clinical and bacteriological features and prognostic factors: A Tunisian experience.
FekihHassen M, Ben Haj Khalifa A, Tilouche N, Ben Sik Ali H, Ayed S, Kheder M, Elatrous S.
Revue de Pneumologie Clinique. 2014. 70 (5): 253 – 259
15. IMPACT OF SEDATION AND ANALGESIA DURING NONINVASIVE POSITIVE PRESSURE VENTILATION ON OUTCOME: A MARGINAL STRUCTURAL MODEL CAUSAL ANALYSIS
A.MURIEL, O. PENUELAS, F. FRUTOS-VIVAR, A. C. ARROLIGA, V. ABRAIRA, A. W. THILLE ET AL.
Intensive Care Med (2015) 41:1586-1600. DOI 10.1007/s00134-015-3854-6
16. THE INFECTIOUS TRICUSPID ENDOCARDITIS IN ICU: CLINICAL FEATURES, MANAGEMENT AND OUTCOME
A. JAMOOUSSI, T. MERHEBENE, K. BEN ISMAIL, S. AYED, A. BEN JAZIA, J. BEN KHELIL, M. BESBES.
Journal of Pharmacy and Pharmacology 2017; 5: 827-833
17. Herpes simplex virus type 1 reactivation following a severe purulent meningitis in ICU
A. JAMOOUSSI, S. ZAYET, S. AYED, T. MERHEBENE, H. NEJI, J. BEN KHELIL, M. BESBES.
Presse Med. (2018) <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2018.06.002>
18. The prevalence of healthcare-associated infection in medical intensive care units in Tunisia. Results of the Multi-center NOSOREA1 study.
A. JAMOOUSSI, S. AYED, K. BEN ISMAIL, K. CHTARA, M. BOUAZIZ, A. MOKLINE, et al.
La TunisieMédicale – 2018 :vol 96 (10/11)
19. Ampleur et motifs de refus d'admission en réanimation médicale des hôpitaux de troisième ligne.
T. MERHEBENE, F. BLEL, A. JAMOOUSSI, S. AYED, J. BEN KHELIL, M. BESBES.
La TunisieMédicale – 2018: vol 96 (10/11)
20. Evolution Over Time of Ventilatory Management and Outcome of Patients With Neurologic Disease.
Tejerina EE, Pelosi P, Robba C, Peñuelas O, Muriel A, Barrios D, et al (for the VENTILA Group)
Crit Care Med. 2021; 49(7):1095-1106. doi: 10.1097/CCM.0000000000004921
21. Phylogenetic and amino acid signature analysis of the SARS-CoV-2 lineages circulating in Tunisia
Mouna Ben Sassi a,b,1, Sana Ferjani c,d,*1, Imen Mkada e,f,1, Marwa Arbi g,1, Mouna Safer h, Awatef Elmoussi c, Salma Abid c, Oussema Souiai g, Alya Gharbi e,f,i, Asma Tejjouri j, Emna Gaies a,b, Hanene Eljabri a, Samia Ayedi,k, Aicha Hechaichi h, Riadh Daghfous a,b, Riadh Gouider e,f,i, Jalila Ben Khelil i,k, Maher Kharrat j, Imen Kacem e,f,i, Nissaf Ben Alya h, Alia Benkahla g, Sameh Trabelsi a,b, Ilhem Boutiba-Ben Boubakerc, d
Infection, Genetics and Evolution 102 (2022) 105300
22. Severe influenza A in a Tunisian ICU sentinel SARI centre: Epidemiological and clinical features
AMIRA JAMOOUSSI1,2, SAMIA AYED1,2, TAKOUA MERHABENE1,2, HAMD DOGHRI 1,2, JALILA BEN KHELIL1,2, MOHAMED BESBES1,2
PLoS ONE 2022. 17(7): e0270814.
23. Interleukin6 prediction of mortality in critically ill COVID19 patients: A prospective observational cohort study
Jamoussi Amira, Messaoud Lynda, Jarraya Fatma, Rachdi Emna, Mrad Nacef, Yaalaoui Sadok, Besbes Mohamed, Ayed Samia, Ben Khelil Jalila
PLoS ONE 2023. 18(3 March),e0279935
24. Resource utilization and preparedness within the COVID-19 pandemic in Tunisian medical intensive care units: A nationwide retrospective multicentre observational study
Boussarsar Mohamed, Toumi Radhouane, Ennouri Emna, Ayed Samia, Jarraya Fatma, Ben Khelil Jalila, JaouedOussama, NouriaHajer, El AtrousSouheil, EssafiFatma, Taliklmen,
Journal of Infection and Public Health 2023. 16(5), pp. 727-735
25. Profil hémodynamique de l'hypertension artérielle pulmonaire dans un centre Tunisien.
Amira Jamoussi, Nacef Ben Mrad, Emna Rachdi, Fatma Jarraya, Sarra Zairi, Kais Ben Romdhane, Mohamed Besbes, Samia Ayed, Jalila Ben Khelil
La Tunisie Médicale -2023 ; Vol 101 (10) : 751 - 755

Edition d'un ouvrage national

élaboration d'un manuel local : Les Guides de Pratique Clinique de l'INEAS : « Prévention de la Mort Subite chez les sportifs d'âge scolaire et universitaire » édition JUIN 2019



FLASH COMMUNICATIONS

Planning

Date	Horaire	Salle	Session	N° Flash Com
30 Novembre	17:00	Les Jasmins	F COM 1	FC 001 - FC 022
		Modérateurs : M Bahloul & S Ayed & A Trifi		
		Magnolia	F COM 2	FC 023 - FC 043
		Modérateurs : I Fathallah & Mohamed Zakraoui & Z Hamouda		
		Lilas	F COM 3	FC 044 - FC 063
		Modérateurs : A Mokline & T Marhabene & I Ben Saida		
		Hortensia	F COM 4	FC 064 - FC 082
		Modérateurs : H Ghadhouna & O Turki & I Sedghiani		
		Tulip	F COM 5	FC 083 - FC 101
		Modérateurs : H Ben Ghezala & J Ayachi & A Mrad		

F.C 001 SEVERE INFECTIOUS MENINGOENCEPHALITIS IN INTENSIVE CARE : CLINICAL FEATURES AND PROGNOSTIC FACTORS

S. Bel Haj Youssef : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
D. Ben Braiek : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
I. Sebri : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
K. Attia : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
Y. Ben Ali : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
H. Zoragti : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
A.Kacem : Pulmonology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
R. Ben Jazia : Pulmonology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
J.Ayachi : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

Introduction : Meningoencephalitis is defined as inflammatory processes in the brain tissue associated with abnormalities of the cerebrospinal fluid (CSF). Severe infectious meningoencephalitis (MNE) in adults represent a rare pathology with a severe prognosis.

Objectif : To describe the clinical, paraclinical, therapeutic and evolutionary characteristics of severe MNE in the intensive care unit, and to evaluate the prognostic factors in these patients.

Méthode : This was a prospective study conducted over a two-year period (august 2021- august 2023), which included all adult patients (≥ 18 years) hospitalized for severe MNE selected on the basis of a combination of clinical, microbiological and radiological criteria. Severity is defined on clinical criteria based on the presence at least of one organ failure: hemodynamic failure with need for vasopressor support, use of artificial ventilation, and signs of neurological severity. Patients who were not included are those with an age less than 18 years old or presented with nosocomial meningoencephalitis.

Résultat : Twenty patients were included in this study. The mean age was 53 ± 16.31 years, with male predominance (55%). Comorbidities were observed in 55% of cases. Osteo-meningeal breach ($n=5$), otitis ($n=4$) and sinusitis ($n=1$) were the underlying conditions for the infection. At admission, the mean SAPSII and SOFA scores were 29.05 ± 9.51 and 3.15 ± 2.3 respectively. Altered consciousness state was noted in 9 patients (45%), six of whom (30%) were in coma. The most reported clinical manifestations were fever ($n=17$), neck stiffness ($n=8$), headache ($n=10$) and seizures ($n=7$). At the lumbar puncture, the mean number of leukocytes was 676.75 ± 976.84 cells/ μ l predominantly PNN, the mean glucorachia was 7.59 ± 7.15 mmol/l. Eleven patients had a bacterial MNE including seven pneumococcal MNE confirmed on CSF data, three patients had a viral MNE including one herpetic MNE confirmed on MRI data. In six patients, discrimination between viral or bacterial etiology were not able to be made. CT scan was pathological in six patients with hydrocephalus in three cases. Empirical antibiotic treatment was guided by the clinical context and lumbar puncture data. Cefotaxime was the most used. Nine patients (45%) required invasive mechanical ventilation (IMV) with mean duration of 18.7 ± 11.6 days. The mean ICU stay was 11.7 ± 10.7 days. Complications were noted in 10 patients (50%), among them we found persistent coma ($n=7$), cerebral involvement ($n=4$), seizure ($n=3$) and shock ($n=3$). Mortality rate was 30%. In univariate analysis, the predictive factors of mortality were coma ($p=0.042$) and the use of IMV ($p=0.002$). Multivariate analysis did not identify any prognostic factors.

Conclusion : Severe infectious meningoencephalitis remains a serious condition with poor prognosis. Early diagnosis and prompt treatment are extremely crucial in order to obtain a better outcome, improve the quality of cares and to reduce the mortality.

F.C 002 COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA IN THE EMERGENCY DEPARTEMENT: PROGNOSIS VALUE OF PROCALCITONINE

Bahri badra : Réanimation hospital HABIB Thameur.
Chamsi Anissa : Réanimation Habib THameur.
Balgacem Ines : Réanimation Habib Thameur.
Zahdoudi Imen : Réanimation Habib Thameur.
Borsali Nebiha : Réanimation Habib Thameur.

Introduction : Community –acquired pneumonia (CAP) is a common and a serious pathology in the emergency department (ED) that can be life-threatening. The use of biomarkers seems to be useful in order to detect patients who are at risk of deterioration.

Objectif : The purpose of our study is to identify the prognosis value of procalcitonine in patients admitted to the ED for CAP.

Méthode : We conducted a prospective observational study over a period of 03 months (January-March 2022) including adult patients (Age ≥ 18 years) admitted to the ED for CAP. The diagnosis of CAP was retained on clinical, radiological, and biological and data. The PCT assay was performed on admission to the ED. The primary endpoint was intra hospital mortality.

Résultat : We included 52 patients. The average age was 68.73 ± 10 years with extremes ranging from 44 years to 92 years. The sex ratio was 2.05. Patient comorbidities were n (%): Hypertension 22(42), diabetes 18(34.6), coronary artery disease 35(67), chronic respiratory failure 33(63).The reason for consultation was dyspnea in 73.1% of cases, cough in 44.2% of cases, flu syndrome in 15.4% of cases.The mean length of stay was 7 ± 5 days.The mean value of PCT was 8.09 ± 23.5 ng/L.The mean value of PCT in deceased group was $12,96 \pm 27$ ng/dl vs $3,35$ ng/dl in survivors group; $p=0,001$.The AUC for PCT for predicting mortality was 0,6;Se 74%; Sp 51%;in multivariate analysis PCT more than 0,54ng/l is an independent factor associated with mortality OR 1,5.

Conclusion : PCT more than 0, 54 ng/l is an independent factor associated with intra hospital mortality in patients admitted to the ED for CAP.

F.C 003 CATHETER-RELATED BLOODSTREAM INFECTION IN AN INTENSIVE CARE UNIT

I.Neji : Réanimation polyvalente Hôpital militaire principale d'instruction de Tunis.

S.Walid : Réanimation polyvalente Hôpital militaire principale d'instruction de Tunis.

S.Lazzem : Réanimation polyvalente Hôpital militaire principale d'instruction de Tunis.

M.Gharbi : Réanimation polyvalente Hôpital militaire principale d'instruction de Tunis.

F.Guitouni : Réanimation polyvalente Hôpital militaire principale d'instruction de Tunis.

M.Ferjani : Réanimation polyvalente Hôpital militaire principale d'instruction de Tunis.

Introduction : central venous catheters (CVCs) are undoubtedly an irreplaceable treatment and monitoring tool in intensive care units. However, with their extensive application, catheter-related bloodstream infections (CRBSI) become increasingly prominent with a substantial cost, both in terms of morbidity and financial resources.

Objectif : The aim of our study is to determine the incidence, risk factors, microbiological profile and antimicrobial susceptibility patterns of the isolates in CRBSI in the intensive care unit (ICU).

Méthode : Over twelve months, we conducted a prospective, observational study in an 18-bed ICU including patients who required CVC placement more than 48h. The CVC placement and maintenance were performed using maximal sterile barrier precautions. After CVC removal, We obtained for culture the distal 5 cm of the CVC and 2 blood samples. All data concerning patients and the CVCs features were recorded. Using The definition of CRBSI published by Infectious Diseases Society of America (IDSA), patients were divided in 3 groups: group I : Patients with CRBSI Group C: patients with colonization (CC) Groupe S: patients without CC or CRBSI

Résultat : overall, 352 CVCs inserted in 173 patients were followed up for 2029 CVC-days. The incidence for CRBSI and CC was 6.9 and 28.5 per 1000 catheter-days respectively. The mean age was $53 \text{ years} \pm 22$ with a sex-ratio of 2.2. The mean APACHE II score was 12 ± 5 . The mean duration of catheterization was 5.8 ± 1.2 . The results for these parameters were comparable in the 3 groups. Diabetes mellitus were significantly associated to CRBSI with a rate of 64% vs. 15% in group C and S. Cardiac, respiratory and renal comorbidities were comparables in the 3 groups. The mean duration of stay in UCI was significantly higher in the group I compared to group C and S (69.7 vs. 52.3 vs. 17.3 respectively). From the studied CVCs, 74 were placed in the femoral vein, 92 in the subclavian vein and 186 in the internal-jugular. Incidence of CRBSI and CC was similar in the 3 placement sites. The use of parenteral nutrition was significantly higher in group I compared to group C and S (64.3% vs. 19% vs. 14.3% respectively) The predominant microorganisms isolated from CRBSI and CC were Gram negative bacilli (78.6% of CRBSI vs.63.8% of CC) and it were Extensive Drug Resistant (XDR) in 100% of cases. The most common Gram-negative organism isolated was *Klebsiella pneumoniae* (35.7% of CRBSI vs. 39.7% of CC). Gram positive Cocci were in the second position causing 21.4% of CRBSI and of 27.36% CC. *Candida* caused 7.5% of CC, it was not isolated in the CRBSI cases.

Conclusion : in our study, CRBSI incidence was lower than those recorded in emerging countries. diabetes, parenteral nutrition and length of stay in the ICU were independent risk-factors for its development. XDR germs were the main cause which represents a serious challenge.

F.C 004 FACTEURS DE RISQUES DE SURVENUE DE PNEUMOPATHIE ACQUISE SOUS VENTILATION MÉCANIQUE CHEZ LES POLYTRAUMATISÉS HOSPITALISÉS EN USI

Emna Zouari : Réanimation médicale Habib Bourguiba Sfax.
Rania Ammar : Réanimation médicale Habib Bourguiba Sfax.
Najeh Baccouche : Réanimation médicale Habib Bourguiba Sfax.
Ayoub Smaoui : Réanimation médicale Habib Bourguiba Sfax.
Kamilia Chetara : Réanimation médicale Habib Bourguiba Sfax.
Mabrouk Bahloul : Réanimation médicale Habib Bourguiba Sfax.
Hedi Chelly : Réanimation médicale Habib Bourguiba Sfax.
Chokri Ben Hamida : Réanimation médicale Habib Bourguiba Sfax.
Mounir Bouaziz : Réanimation médicale Habib Bourguiba Sfax.

Introduction : Les polytraumatisés en USI présentent un risque accru de développer des pneumonies acquises sous ventilation mécanique (PAVM). Cette étude vise à identifier les facteurs prédictifs de PAVM, améliorant ainsi la prévention et la gestion clinique de cette complication grave.

Objectif : L'objectif de cette étude est d'analyser les facteurs de risque associés à l'incidence des pneumonies acquises sous ventilation mécanique (PAVM) chez les patients polytraumatisés admis en unité de soins intensifs (USI).

Méthode : Cette étude prospective de durée d'une année réalisée au sein du service de réanimation polyvalente de l'Hôpital Habib Bourguiba à Sfax. Nous avons inclus les patients admis à la suite d'un traumatisme avec un âge ≥ 18 ans et dont la durée de séjour en unité de soins intensifs (USI) dépassait 48 heures. Nous avons exclu les patients dont la durée de séjour en USI était inférieure à 48 heures.

Résultat : Au cours de la période d'étude, un échantillon de 97 patients a été inclus dans notre investigation. Le score SAPS II moyen était à 21,35. Le score SOFA moyen a été à 5,38. Le score APACHE moyen a été à 13,26. En ce qui concerne les types de traumatismes, 86 % des patients ont présenté des traumatismes crâniens, tandis que 36 % ont été touchés par des traumatismes faciaux et 60 % ont subi des traumatismes thoraciques. Les traumatismes abdominaux ont été trouvés chez 17,8 % des patients et 3,3 % ont présenté un traumatisme direct au niveau rénal. La durée moyenne de séjour en USI a été de 17,78 jours. La durée moyenne de ventilation mécanique a été de 13,9 jours. Parmi les patients étudiés, 32 % ont développé des pneumonies acquises sous ventilation mécanique (PAVM), soit un total de 31 patients. Les facteurs de risque significatifs associés à la survenue de PAVM ont été identifiés, notamment le recours à la trachéotomie ($p < 0,000$), la durée de séjour en réanimation ($p = 0,005$), la durée de ventilation mécanique ($p = 0,034$), ainsi que la présence d'un traumatisme thoracique ($p = 0,036$).

Conclusion : La recherche des facteurs de risque pour les PAVM chez les polytraumatisés en USI est importante. Ces connaissances permettront d'améliorer la prévention et la gestion des infections, réduisant ainsi la morbidité et la mortalité associées à cette complication.

F.C 005 IMPACT OF CLOSED VERSUS OPEN TRACHEAL SUCTIONING SYSTEMS ON THE INCIDENCE OF VENTILATOR-ACQUIRED PNEUMONIA AND OUTCOME IN VENTILATED PATIENTS

Eya Seghir : Réanimation médicale CHU la Rabta.
Ahlem Trifi : Réanimation médicale CHU la Rabta.
Asma Ouhibi : Réanimation médicale CHU la Rabta.
Asma Mehdi : Réanimation médicale CHU la Rabta.
Badis Tlili : Réanimation médicale CHU la Rabta.
Lynda Messaoud : Réanimation la Rabta CHU la Rabta.
Yosr Touil : Réanimation médicale CHU la Rabta.
Sami Abdellatif : Réanimation médicale CHU la Rabta.

Introduction : In ventilated intensive care patients, the endo-tracheal suctioning (ETS) maneuver is essential to eliminate secretions and clear the airways to facilitate ventilation. However, it has major risks, first and foremost contamination of the respiratory tract and ventilator-associated pneumonia (VAP). One of the tools that would be associated with the reduction of VAP is the use of the closed suctioning system (CSS).

Objectif : We aimed to compare the occurrence of VAP in ventilated patients in addition to other parameters of outcome according to the used suctioning system: CSS versus open suctioning system (OSS).

Méthode : Open prospective randomized study over five months (August-December 2022). Adult patients admitted to intensive care who required invasive ventilation (IV) for more than 48 hours were included. The exclusion criterion was the occurrence of death within 72 hours of IV. A sample was taken by bronchial aspiration: on D3 from IV, on D5 and on D7. The primary endpoint was the incidence of VAP and the secondary endpoints were the outcome parameters (length of stay and death).

Résultat : We included 40 patients (CSS, n=20 vs OSS, n=20) and the two groups were comparables for the clinical characteristics, severity scores and indication of intubation. All suggestive signs of VAP (fever, time of fever, purulent sputum, radiological new images) as well as the 3 times monitoring of P/F ratio, WBC and CRP didn't show any difference except of a lower WBC count at day 5 in OSS group (attached table). Overall, the proportion of positive cultures of endotracheal aspirates was considerable (56/120=47%) distributed in a similar way between the groups and between the 3 times. VAP was diagnosed in 22 cases with 13 (65%) in the CSS group and 9 (45%) in the OSS group with no statistically significant difference (p=0.34). The other outcome parameters were also similar. All the studied parameters according to the used suctioning system are displayed in the attached table.

Conclusion : The use of CSS was not associated with the reduction of VAP. However, it is possible that the use of closed systems in combination with other care-related pneumonia prophylactic strategies provides a benefit.

Table. All studied parameters according to the used suctioning system

	CSS group (n=20)	OSS group (n=20)	P
Clinical characteristics			
Sex-ratio	15/5	9/11	0,1
Age	49 [27-61]	47 [30-66]	0,22
Comorbidities :			
• Diabetes	4	8	0,3
• Cardiovascular diseases	4	5	0,8
• Chronic respiratory failure	5	6	0,78
• Immunodepression	3	1	0,2
Origin :			
Emergency department	14	17	0,22
SOFA	4 [4-7]	4 [2-9]	0,45
Indication of IV :			0,29
• Respiratory	11	8	
• Neurological	9	11	
• Cardiac arrest	0	1	
VAP features			
Fever	15	12	0,51
• onset time of fever	1 [1-4]	2 [1-3]	0,49
Purulent sputum	17	14	0,45
• onset time of purulent sputum	5 [1-5]	4 [2-5]	0,31
Hyperleucocytosis	15	14	0,8
Suggestive X ray images of VAP	14	11	0,22
Assessment of P/F and Inflammatory biomarkers			
P/F ratio:			
◊ D 3	190 [155-240]	234 [185-297]	0,4
◊ D 5	192 [178-344]	223 [170-307]	0,2
◊ D 7	250 [193-344]	182 [166-348]	0,38
• WBC (10 ³ /ml):			
◊ D 3	14 [9-18]	11 [8-15]	0,21
◊ D 5	16,7 [10-21]	9,7 [7-14]	0,05
◊ D 7	10 [9-15]	12 [11-14,7]	0,62
• CRP:			
◊ D 3	188 [128-327]	130 [73-181]	0,42
◊ D 5	145 [104-222]	175 [73-181]	0,9
◊ D 7	90 [60-183]	101 [71-185]	0,47
Positive cultures of endotracheal aspirates			
• Day 3 (at inclusion)	6	9	0,51
• Day 5	10	10	1
• Day 7	11	10	0,94
Outcomes			
Occurrence of VAP	13	9	0,34
Bacteremia	5	3	0,47
Vasopressors	11	12	1
IV duration	10 [10-16]	13 [10-24]	0,75
ICU-LOS	18 [10-21]	21 [15-26]	0,41
Mortality	14	12	0,74

CSS: closed suctioning system, OSS: open suctioning system

F.C 006 SURVEILLANCE OF MULTIDRUG RESISTANT BACTERIA IN A TUNISIAN HOSPITAL (JANUARY-MARCH 2023)

F. Azouzi : Laboratoire de microbiologie CHU Sahloul.
M. Ben Fredj : Service de prévention et sécurité des soins CHU Fattouma Bourguiba.
S. Boughattas : Laboratoire de microbiologie CHU Sahloul.
H. Ghali : Service de prévention et sécurité des soins CHU Sahloul.
Y. Ben Lamine : Laboratoire de microbiologie CHU Sahloul.
S. Ketata : Laboratoire de microbiologie CHU Sahloul.
A. Trabelsi : Laboratoire de microbiologie CHU Sahloul.
L. Tilouche : Laboratoire de microbiologie CHU Sahloul.

Introduction : Antimicrobial resistance is a real health challenge, as antibiotics selective pressure resulted in the emergence of multi- drug resistant (MDR) bacteria. The spread of MDR microorganisms may lead to epidemics, treatment failure and increase in mortality and healthcare costs.

Objectif : Our study aims to report 3 months'epidemiological surveillance of MDR microorganism in our hospital.

Méthode : It was a longitudinal study on a 3 months' period (january-march 2023). We included all MDR bacteria isolated in Sahloul Hospital's Microbiology laboratory. The focus was on Extended spectrum betalactamase producing enterobacteria (ESBL), Carbapenem resistant enterobacteria (CRE), Ceftazidim and Imipenem resistant Pseudomonas aeruginosa (PARC), Carbapenem resistant Acinetobacterbaumannii (CRAB), Vancomycin resistant Enterococcus faecium (VRE) and Meticillin Resistant Staphylococcus aureus (MRSA).Bacterial strains identification was made using Vitek2 and antimicrobial susceptibility testing was performed according to CA-SFM/EUCAST recommendations. Carbapenemase production was detected using ROSCO Diagnostica®combined disks.

Résultat : During the study period, 229 MDR strains were isolated in 150 patients (sex ratio=1.34). Isolates were identified in Intensive care units, urology outpatient clinics and emergency department in 38%, 8.3% and 8.3% of cases respectively. MDR resistant strains belonged to Klebsiella pneumonia (36.2%), Escherichia coli (25.8%) and Acinetobacterbaumannii (23.1%) species. Among MDR bacteria, ESBL, CRE and CRAB were isolated in 41.04%, 27.1% and 23.1% of cases respectively. Ten CRE strains were tested for carbapenemase production: 5 metalloenzyme +OXA-48 coproducers, two metalloenzymes and two OXA-48 carbapenemase. Colistin resistance was detected in 5/29 CRE. MDR strains repartition was different according to patient origin. CRAB and CRE represented 47.12% and 54 % of MDR bacteria isolated in Intensive Care Unit. In urology outpatient clinics and in emergency department 17/19 and 13/19 MDR isolates were ESBL. CRAB were isolated from protected-specimen brush sampling (PSB) (43.39%) and bloodcultures (28.3%). CRE were isolated from urine culture (33.87%) and PSB (32.26%). ESBL were isolated from urine culture in 64.89 % of cases.

Conclusion : In our hospital, multi-drug resistance is predominant in Gram negative bacteria. CRE and CRAB are the main MDR germs in intensive care unit and seems to be responsible for ventilator acquired pneumonia. The spread of ESBL producers among urology outpatient and emergency consultants is a major concern. Further measures should be implemented to control MDR bacteria spread.

F.C 007 SYSTEMATIC SCREENING OF MULTIDRUG RESISTANT BACTERIA AMONG CRITICALLY ILL COVID-19 PATIENTS

I. Maatouk : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
A. Maatouk : Department of preventive and community medicine University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
O. Saadaoui : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
A.Ben massoud : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
S. Ben abdallah : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
O. Nouira : Medical Intensive Care Unit niversity Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
M.Lahmar : Medical Intensive Care Unit niversity Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
Z. Hammouda : Medical Intensive Care Unit niversity Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
F. Dachraoui : Medical Intensive Care Unit niversity Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
L. Besbes Ouanes : Medical Intensive Care Unit niversity Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.

Introduction : Emergence of multidrug resistant (MDR) bacteria constitute a worldwide health problem having an impact on the outcomes of infected patients especially among critically ill COVID-19 patients.

Objectif : The aim of our study was to determine the frequency and species of MDR bacteria following a systematic screening among COVID-19 patients admitted in our ICU

Méthode : We conducted a retrospective study between 2020 and 2021 in our Intensive Care Unit (ICU) (Tunisia). We included COVID-19 patients admitted to ICU for severe ARDS due to SARS-COV2 hospitalized more than 24 hours in another hospital ward systematic screened for MDR bacteria. Specimens were collected from nasal and rectal swabs.

Résultat : During the study period out of 296 patients transferred from other wards to our ICU, 25 patients were colonized with MDR bacteria (8 %). Their median age was 61 [IQR: 46.5-67.5]. Most of them were male (80%), Median SAPSII was 29.5 (IQR: 22- 37).. Nearly a half of them (45.8%) were mechanically ventilated. One third of patients (32%) were transferred from the emergency department. The most frequent bacteria was klebsiella pneumonia (40 %) followed by Escherichia- coli(36 %), acinetobacter baumannii (16%), enterobacter cloacae (4%) and klebsiella oxytoca (4%).All MDR bacteria were extended-spectrum beta-lactamase-producing enterobacteriaceae. No meticillin resistant staphylococcus aureus was isolated. There were two acinetobacter baumannii producing carbapenemase. Mortality rate among these patients was 40%.

Conclusion : MDR bacteria was found in one third of critically ill COVID-19 patients transferred from the emergency department. We should give more attention to the prevention of the emergence of MDR bacteria in order to control healthcare associated infection.

F.C 008 TRAITEMENT DES INFECTIONS À BACILLES À GRAM NÉGATIF HAUTEMENT RÉSISTANTS PAR CEFTAZIDIME-AVIBACTAM EN MONOTHÉRAPIE OU EN ASSOCIATION AVEC L'AZTREONAM : PREMIERS RÉSULTATS D'UNE SÉRIE DE 16 PATIENTS

Z. Benezine : Département d'Anesthésie-Réanimation Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis.

M. Zakraoui : Département d'Anesthésie-Réanimation Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis.

C. Lahmar : Département d'Anesthésie-Réanimation Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis.

A. Rebaï : Département d'Anesthésie-Réanimation Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis.

W. Sellami : Département d'Anesthésie-Réanimation Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis.

W. Samoud : Département d'Anesthésie-Réanimation Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis.

S. Boughariou : Département d'Anesthésie-Réanimation Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis.

Z. Hajjej : Département d'Anesthésie-Réanimation Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis.

W. Chaabouni : Service de la Pharmacie Interne Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis.

MA. Yousfi : Service de la Pharmacie Interne Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis.

H. Gharsallah : Département d'Anesthésie-Réanimation Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis.

I. Labbene : Département d'Anesthésie-Réanimation Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis.

M. Ferjani : Département d'Anesthésie-Réanimation Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis.

Introduction : Les infections à bactéries hautement résistantes constituent un problème omniprésent en réanimation. Ceftazidime- Avibactam est une association entre une ancienne céphalosporine et un nouvel inhibiteur des betalactamases active sur les entérobactéries productrices de carbapénémases (KPC/OXA-48) et sur Pseudomonas aeruginosa.

Objectif : L'objectif de notre travail est d'évaluer l'efficacité de Ceftazidime-Avibactam au cours des infections à bacilles à Gram négatif hautement résistants.

Méthode : Il s'agit d'une étude monocentrique, rétrospective, descriptive sur une période d'une année (du 1^{er} août 2022 au 31 juillet 2023). Ont été inclus tous les patients qui ont reçu un traitement par Ceftazidime-Avibactam. Nous avons relevé les caractéristiques démographiques, les données cliniques et microbiologiques ainsi que l'évolution des patients traités.

Résultat : Au total, 16 patients ont été inclus. 100% des prescriptions étaient documentées sur le plan microbiologique. Les bactéries isolées étaient majoritairement Klebsiella pneumoniae chez 15 patients dont 4 étaient de phénotype OXA-48 (26,6%) et 11 de phénotype NDM-1 (73,4%). Une seule infection à Pseudomonas aeruginosa sécrétant d'une carbapénémase de type VIM a été notée. Dix parmi les infections traitées étaient des pneumopathies acquises sous ventilation mécanique (bactériémiques dans 50% des cas), quatre étaient des infections urinaires associées aux soins dont deux étaient bactériémiques, un patient a été traité pour une péritonite tertiaire et un autre pour une bactériémie primaire. Ceftazidime-Avibactam était administré en monothérapie dans 25% des cas et en association avec l'Aztréonam dans 75% des cas où une carbapénémase de type métallobetalactamase a été identifiée. Dans 100% des cas il s'agissait d'un traitement de secours. 68,8% des patients étaient en état de choc septique au moment de l'initiation de l'antibiothérapie. La dose journalière étaient de 2g/500mg x3/j en perfusion prolongée après une dose de charge sur 2 heures pour Ceftazidime-Avibactam et de 2g x3/j pour l'Aztréonam. Trois patients étaient sous épuration extra-rénale continue au cours du traitement. La durée moyenne de traitement était de 8 jours. Le taux de succès clinique, défini par la survie et l'absence de récurrence à 30 jours, était à 81,3%. Un seul patient a présenté un effet indésirable de type anémie hémolytique.

Conclusion : Ceftazidime-Avibactam est efficace pour le traitement des infections à bacilles à Gram négatif hautement résistants. Le risque d'émergence de résistances et son coût élevé imposent la restriction de sa prescription aux infections graves documentées en l'absence d'alternatives thérapeutiques.

F.C 009 LES PAVM COMPLIQUANT LES PNEUMONIES COMMUNAUTAIRES GRAVES : ÉTUDE PROSPECTIVE ÉPIDÉMIO-CLINIQUE

Sabrine Bradai : Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax.
Abir Dammak : Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax.
Rihab Boubtane : Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax.
Salma Jerbi : Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax.
Rania Ammar : Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax.
Olfa Turki : Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax.
Kamilia chtara : Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax.
Mabrouk Bahloul : Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax.
Chokri Ben Hmida : Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax.
Mounir Bouaziz : Réanimation polyvalente Chu Habib Bourguiba.

Introduction : La pneumonie aiguë communautaire (PAC) est une infection potentiellement grave qui peut nécessiter la prise en charge en milieu de soins intensifs avec recours à la ventilation mécanique invasive (VMI).

Objectif : Étudier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, bactériologiques et thérapeutiques des pneumopathies acquises sous ventilation mécanique (PAVM) chez les patients hospitalisés pour PAC grave.

Méthode : Il s'agit d'une étude prospective descriptive menée dans notre service de réanimation pendant une période de 4 ans allant de janvier 2019 jusqu'au 31 décembre 2022. Nous avons inclus tous les patients hospitalisés pour prise en charge d'une détresse respiratoire en rapport avec une PAC. Le diagnostic de PAVM est basé sur des arguments cliniques, radiologiques et biologiques.

Résultat : Pendant la période de l'étude, 120 patients ont été admis pour prise en charge de PAC. Parmi eux, 97 patients (80,8 %) ont nécessité la VMI pendant une durée moyenne de $12,7 \pm 10,1$ jours (1-49 jours). L'intubation était dans un délai de 24h chez 72 patients (60%). Quarante-six patients ont développé une PAVM avec une incidence de 38.3%. Les germes les plus isolés étaient :

Acinetobacter baumannii et *Pseudomonas aeruginosa* (figure1). Nous avons prescrit une bithérapie chez 31 malades (67,4%). Les associations les plus fréquentes étaient Imipénème+Aminoside et Imipénème+Colimycine chez 11 patients chacune. La durée moyenne d'antibiothérapie était $8,2 \pm 4,6$ jours (7-23jours).

Conclusion : La PAVM est une complication nosocomiale fréquente en milieu de réanimation. Elle est grevée d'une lourde morbi- mortalité et peut aggraver le pronostic des patients hospitalisés initialement pour PAC. L'*Acinetobacter baumannii* demeure la bactérie la plus isolée avec des taux de résistance alarmants menant à des impasses thérapeutiques.

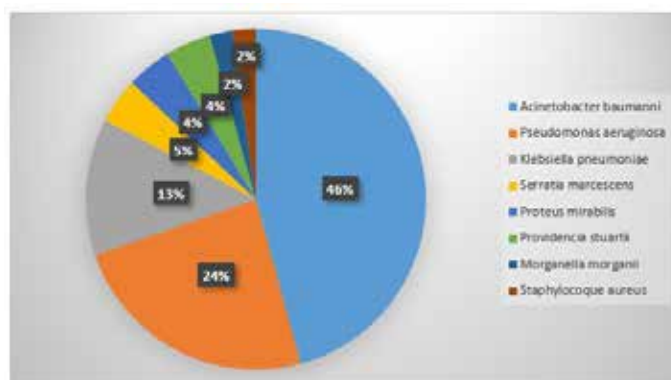


Figure1 : Répartition des patients selon les germes responsables de PAVM compliquant des pneumonies communautaires graves

F.C 010 ACTIVITE IN VITRO DE CEFTAZIDIME/AVIBACTAM ET CEFTOLOZANE/TAZOBACTAM SUR LES SOUCHES DE PSEUDOMONAS AERUGINOSA ISOLEES AU CTGB

H.Jaziri : Laboratoire de biologie médicale Centre de traumatologie et des grands brûlés.
Z.Megdiche : Laboratoire de biologie médicale Centre de traumatologie et des grands brûlés.
B.Maamar : Laboratoire de biologie médicale Centre de traumatologie et des grands brûlés.
S.Dhraief : Laboratoire de biologie médicale Centre de traumatologie et des grands brûlés.
A.Messadi : Service de Réanimation des brûlés Centre de traumatologie et des grands brûlés.
L.Thabet : Laboratoire de biologie médicale Centre de traumatologie et des grands brûlés.

Introduction : Ces dernières années, l'émergence des souches multi et ultrarésistantes de *Pseudomonas aeruginosa* a grandement limité l'arsenal thérapeutique disponible. Des associations comme Ceftazidime/avibactam (CZA) et Ceftolozane/tazobactam (CT) sont proposées comme des alternatives thérapeutiques prometteuses.

Objectif : L'objectif de notre travail est d'évaluer l'efficacité des associations CZA et CT des souches de *Pseudomonas aeruginosa* collectés au CTGB, afin d'évaluer l'intérêt de leur introduction dans notre centre.

Méthode : Notre étude était prospective descriptive menée au laboratoire de biologie médicale du CTGB durant 25 mois (Août 2021- Août 2023). Nous avons inclus toutes les souches de *Pseudomonas aeruginosa* isolées à partir des prélèvements à visée diagnostique reçus au laboratoire. L'identification bactérienne était faite selon les méthodes conventionnelles et l'étude de la sensibilité aux antibiotiques selon les normes du CA-SFM 2023. La recherche et le typage moléculaire de carbapénèmases ont été réalisées pour 161 souches par une PCR GeneXpert® (Cepheid) par le kit Xpert® Carba-R détectant les principaux gènes codant pour les carbapénèmases (blaVIM, blaNDM, blaIMP, blaOXA48 et blaKPC).

Résultat : Durant la période d'étude, 616 souches non redondantes de *Pseudomonas aeruginosa* ont été isolées, essentiellement provenant des services de réanimation des brûlés (57,8%) et anesthésie réanimation (14,6%). La résistance à CZA et CT parmi l'ensemble des souches étudiées était de 28,7% et 27,9% respectivement, occupant la 2^{ème} et 3^{ème} place des bêtalactamines les plus actives après l'aztréonam (20,4%). Parmi les 271 souches de *Pseudomonas aeruginosa* résistantes à la ceftazidime (CAZ-R), la résistance passait à 64,5% et 61,2% au CZA et CT respectivement contre 96,6% pour les carbapénèmes et 42,8% pour l'aztréonam. Les 356 souches résistantes aux carbapénèmes étaient sensibles dans 51,4% au CZA, 51,7% au CT et 65,5% à l'aztréonam. Parmi les souches typées (n=68), celles résistantes au CZA étaient des souches productrices de métallo-β-lactamase de type VIM dans 39,7% des cas.

Conclusion : Les souches de *Pseudomonas aeruginosa* isolées au CTGB affichent un profil de sensibilité aux associations CZA et CT bien meilleur que la plupart des bêtalactamines utilisées dans notre centre, constituant une alternative thérapeutique intéressante face aux souches multirésistantes.

F.C 011 L'ANTIBIOTHÉRAPIE EMPIRIQUE EN RÉANIMATION: UN DÉFI POUR LES CLINICIENS

S.Kharat : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
A.Dammak : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
D.Berkhaies : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
S.Bouaziz : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
S.Jerbi : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
K.Chtara : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
M.Bahloul : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
H.Chelly : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
C.Ben Hamida : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
M.Bouaziz : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.

Introduction : En réanimation, l'antibiothérapie est fréquemment prescrite de façon empirique vu que le pronostic vital des patients est souvent mis en jeu. Le choix des molécules, du spectre et du moment de l'administration des antibiotiques chez ces patients est désormais un défi entre les risques et les bénéfices.

Objectif : Evaluer la prescription d'antibiothérapie empirique dans notre unité de soins intensif : le timing, les arguments, le spectre, l'efficacité et l'issue des patients.

Méthode : Il s'agit d'une étude prospective sur une période de 2 mois dans une unité de soins intensifs incluant les patients qui ont eu une antibiothérapie empirique. On n'a considéré que le premier épisode infectieux nécessitant une antibiothérapie empirique. On a décrit les caractéristiques épidémiologiques des patients inclus, les arguments

motivant la prescription d'une antibiothérapie empirique, la documentation bactériologique avec évaluation de l'efficacité de cette antibiothérapie.

Résultat : Trente patients ont été inclus. L'âge médian était 56,5 ans $\pm$ 14,87. Le motif d'hospitalisation le plus fréquent était le polytraumatisme chez 10 (33,3%) patients suivi par la détresse respiratoire chez 7 (23,33%) patients. Vingt-cinq patients (83,3%) ont reçu une antibiothérapie à leurs admissions avant la prescription de l'antibiothérapie empirique. Treize patients (43%) étaient fébriles le jour de l'infection. Neuf patients (30%) ont développé l'état de choc septique. Le score de SOFA moyen était de $6 \pm 6,59$. La CRP était à 185 (mg/l) $\pm$ 236,57 en moyenne. L'antibiothérapie empirique était prescrite en moyenne à j $8 \pm 7,22$ d'hospitalisation. Il s'agissait d'une bi-antibiothérapie dans 80% des cas. L'association la plus utilisée était l'imipénème-colimycine chez 14 patients (46,66%). La prescription était basée sur au moins 2 des arguments : cliniques, biologiques ou radiologiques ou devant un choc septique dans tous les cas sauf un seul cas où l'antibiothérapie a été jugée précoce. La documentation bactériologique était faite chez 29 (96,9%) patients. L'infection pulmonaire était la plus fréquente (66,66%) suivie par l'infection urinaire (43%). Les prélèvements bactériologiques étaient polymicrobiens dans 33,3 % des cas. Les germes les plus fréquents étaient *Klebsiella pneumoniae*, *Acinetobacter baumannii* et *Pseudomonas aeruginosa*. Les germes étaient multirésistants dans 85% des cas. Les germes étaient couverts par l'antibiothérapie prescrite dans 43,3% des cas. On a eu recours à une désescalade thérapeutique dans 9 (30%) des cas à j $6,11 \pm 2,36$ d'antibiothérapie en moyenne. La durée totale d'antibiothérapie était de $11,93 \pm 3,63$ jours. Le séjour en milieu de soins intensif était compliqué par septicémie chez 14 (46,7%) patients et par un SAM chez 8 (26,7%) patients avec un taux de mortalité à 33,33%.

Conclusion : Pour conclure, l'antibiothérapie empirique demeure un outil crucial dans la lutte contre les infections graves. Cependant, son usage nécessite une évaluation clinique attentive, une adaptation aux données locales de résistance aux antibiotiques et un engagement envers une utilisation responsable pour préserver l'efficacité des antibiotiques à long terme.

F.C 012 ACTIVITE IN VITRO DE CEFTAZIDIME/AVIBACTAM ET CEFTOLOZANE/TAZOBACTAM SUR LES ENTEROBACTERIES ISOLEES AU CTGB

H.Jaziri : Laboratoire de biologie médicale Centre de traumatologie et des grands brûlés.

M.Lamloumi : Laboratoire de biologie médicale Centre de traumatologie et des grands brûlés.

B.Maamar : Laboratoire de biologie médicale Centre de traumatologie et des grands brûlés.

S.Dhraief : Laboratoire de biologie médicale Centre de traumatologie et des grands brûlés.

A.Messadi : Service de Réanimation des brûlés Centre de traumatologie et des grands brûlés.

L.Thabet : Laboratoire de biologie médicale Centre de traumatologie et des grands brûlés.

Introduction : La propagation des entérobactéries multirésistantes, particulièrement suite à l'acquisition de carbapénèmases, présente une préoccupation majeure. Pour remédier à ce problème, les associations Cefotazidime/avibactam (CZA) et Cefotolozane/tazobactam (CT) sont proposées comme des alternatives thérapeutiques prometteuses.

Objectif : L'objectif de notre travail est d'assoir l'état actuel de la résistance aux CZA et CT des souches d'entérobactéries collectées au CTGB, afin d'évaluer l'intérêt de leur introduction dans notre centre.

Méthode : Notre étude était prospective descriptive menée au laboratoire de biologie médicale du CTGB durant 12 mois (Septembre 2022-Août 2023). Nous avons inclus toutes les entérobactéries isolées à partir des prélèvements à visée diagnostique reçus au laboratoire. L'identification bactérienne était faite selon les méthodes conventionnelles et l'étude de la sensibilité aux antibiotiques selon les normes du CA-SFM 2023. La recherche et le typage moléculaire de carbapénèmases ont été réalisés pour 79 souches par une PCR GeneXpert® (Cepheid) par le kit Xpert® Carba-R détectant les principaux gènes codant pour les carbapénèmases (*blaVIM*, *blaNDM*, *blaIMP*, *blaOXA48* et *blaKPC*).

Résultat : Nous avons collecté 1069 souches d'entérobactéries non redondantes, faites majoritairement de *Klebsiella pneumoniae* (n=388 ; 36,3%), d'*Escherichia coli* (n=210 ; 19,6%) et de *Proteus mirabilis* (n=130 ; 12,1%). La moitié des souches provenait de l'unité de réanimation des brûlés (n=539, 50,4%). La résistance globale au CZA et au CT était respectivement 23,6% et 36,3%. La CZA était la 2^{ème} bêtalactamine la plus active après le méropénème. Pour les souches résistantes aux carbapénèmes (CARBA-R), la CZA retenait une sensibilité de 26,1% contre 4,7% pour le CT. Hormis l'aztréonam (32%), la sensibilité des souches CARBA-R aux autres bêtalactamines ne dépassait pas les 20%. Parmi les 79 souches CT-R typées, 8 avaient une BLSE, 22 une céphalosporinase de haut niveau, 33 étaient porteuses du *blaNDM*, 12 du *blaOXA48* et 4 du *blaNDM* et *blaOXA48* à la fois. Parmi nos souches typées, 37 souches étaient résistantes au CZA, 33 étaient porteuses du *blaNDM* et 4 étaient porteuses du *blaNDM* et *blaOXA48* à la fois. Parmi les souches résistantes aux céphalosporines de 3^{ème} génération (C3G-R) mais sensibles aux carbapénèmes (CARBA-S), celles présentant une résistance à la CZA provenaient dans 94,6% des cas de l'unité de réanimation des brûlés.

Conclusion : Les entérobactéries isolées au CTGB sont sensibles au CZA dans 76,4% des cas et 26,1% pour les souches CARBA-R. La prédominance de la métallo-carbapénémase type NDM dans notre écologie pourrait limiter l'intérêt du CZA sur les souches productrices de carbapénèmases.

F.C 013 IMPACT DE LA LYMPHOPENIE SUR LA MORTALITE CHEZ LES PATIENTS EN ETAT DE CHOC SEPTIQUE EN MILIEU DE REANIMATION

R.Gharbi : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
M.Hamdi : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
S.Chtioui : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
R.Rajah : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
H.Messoudi : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
A.Rebhi : Réanimation médicale hôpital régionale kasserine.
M.Fekih Hassen : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
H.Ben Sik Ali : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
O.Jaoued : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
S.Elatrous : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.

Introduction : La lymphopénie en milieu de réanimation est due à un état d'immunodépression. Elle peut être à l'origine des infections nosocomiales, d'état de choc septique, augmentant ainsi la mortalité.

Objectif : déterminer si la lymphopénie est un facteur prédictif de mortalité lors d'un état de choc septique chez les patients hospitalisés en réanimation

Méthode : C'est une étude observationnelle et analytique réalisée entre Janvier 2020 et Décembre 2022 et incluant tous les patients présentant un état de choc septique lors de séjour en réanimation. La lymphopénie est définie par une numération lymphocytaire totale inférieure à 1000/ml. Les paramètres recueillis étaient : les caractéristiques démographiques. Les antécédents, le score de gravité SAPSII, le nombre de lymphocytes, présence de lymphopénie, la porte d'entrée infectieuse, le recours à la VMI, la durée de VMI, la durée de séjour en réanimation et la mortalité à j28.

Résultat : Nous avons colligé 99 patients. L'âge moyen était à 60 ± 14 ans avec une prédominance masculine (64%). Les antécédents étaient dominés par l'hypertension (38%) et le diabète (38%). Le score de gravité SAPSII moyen était à 34 ± 2 avec un score de SOFA 8 ± 2 . La porte d'entrée la plus fréquente de l'état de choc septique était pulmonaire (57%). La lymphopénie était présente chez 80% des patients. La mortalité à j28 était de 69%. Les résultats de l'analyse univariés sont représentés par le tableau 1. En analyse multivariée le score de gravité SAPSII est un facteur prédictif de mortalité chez les patients présentant des états de choc septique en milieu de réanimation avec OR ; 1.063 (IC 95% 1.013-1.116) avec $p=0.01$.

Conclusion : La présence de lymphopénie lors d'un état de choc septique nosocomial ne constitue pas un facteur prédictif de mortalité en réanimation.

Tableau1 : Comparaison entre décédés et survivants

	Survivants n = 30	Décédés n = 69	p
Sexe masculin, n (%)	19 (63)	44(63)	0.9
Age (ans)	57±14	60±13	0.2
SAPS II	30±14	36±11	0.03
SOFA	7±1	8±2	0.2
ATCDs, n (%) :			
HTA	8(26)	30(43)	0.1
Diabète	5(15)	33(43)	0.04
Porte d'entrée, n (%) :			
Pulmonaire	16(52)	40(58)	0.7
Hémato vasculaire	4 (13)	3(4)	0.03
Lymphocyte (é/lts/ml)	944±788	741±688	0.7
VMI, n (%)	25 (83)	60(86)	0.8
Durée VMI (j)	12±7	36±12	$<10^{-3}$
Durée de NAD (j)	12±8	4±2	$<10^{-3}$
Durée de séjour en réanimation (j)	13±7	41±1	$<10^{-3}$

F.C 014 ACINETOBACTER BAUMANNII OUTBREAK IN A TUNISIA UNIVERSITY HOSPITAL (JANUARY 2023)

A.Maatouk : Department of prevention and security of care Sahloul University Hospital, Sousse, Tunisia.

H.Ghali : Department of prevention and security of care Sahloul University Hospital, Sousse, Tunisia, LR20SP06, Faculty of Medicine of Sousse, University of Sousse, Tunisia.

I. Maatouk : Department of medical intensive care University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir.

S. Bhiri : Department of prevention and security of care Sahloul University Hospital, Sousse, Tunisia, LR20SP06, Faculty of Medicine of Sousse, University of Sousse, Tunisia.

B. Sakouhi : Family Medicine Department Faculty of Medicine of Sousse, Sousse, Tunisia.

S. Balhi : Department of prevention and security of care Sahloul University Hospital, Sousse, Tunisia.

M.Louati : Family Medicine Department Faculty of Medicine of Sousse, Sousse, Tunisia.

M. Ben Rejeb : Department of prevention and security of care Sahloul University Hospital, Sousse, Tunisia, LR20SP06, Faculty of Medicine of Sousse, University of Sousse, Tunisia.

S. Khefacha : Department of prevention and security of care Sahloul University Hospital, Sousse, Tunisia.

A. Ben Cheikh : Department of prevention and security of care Sahloul University Hospital, Sousse, Tunisia, LR20SP06, Faculty of Medicine of Sousse, University of Sousse, Tunisia.

H. Said Latiri : Department of prevention and security of care Sahloul University Hospital, Sousse, Tunisia, LR20SP06, Faculty of Medicine of Sousse, University of Sousse, Tunisia.

Introduction : *Acinetobacter baumannii* is an emerging pathogen that is increasingly resistant to antibiotics and is mainly responsible for pneumopathy in fragile patients.

Objectif : We aimed to describe the investigation of an outbreak of *Acinetobacter baumannii* affected our hospital.

Méthode : Following alerts issued by the microbiology department in January 2023 concerning 8 swabs detecting *Acinetobacter baumannii* complex of the same strain and the same antibiotic resistance profile in 6 different departments, a team of the prevention and healthcare security department went onsite for an investigation in the hospital.

Résultat : We identified 6 cases with identical strains of multi-resistant *Acinetobacter baumannii*. Patients were hospitalized in critical postoperative care, neurosurgery, general surgery, nephrology, postoperative cardiovascular and thoracic surgery, intensive-care unit. The field visit allowed to identify some deficiencies in professional practices. The synoptic table showed that there was an overlap of hospitalization periods. A crisis cell was set up to validate, coordinate and implement control measures. Indeed, we proceeded to a geographical isolation of the cases in some departments, and if not possible a technical isolation, reinforcing the measures of hygiene and basic cleaning and sensitizing the medical and paramedical staff. The contamination is most probably made during the care. The germ can be transmitted by manual handling of invasive devices, colonization of the patient during his hospitalization, contamination by the environment. A training about bio-cleaning and hygiene standard precautions was programmed. No other cases were reported.

Conclusion : Continuous surveillance, continuous hygiene trainings, combined with a rapid reaction capacity in case of identification of a new case, is essential to control the spread of nosocomial germs.

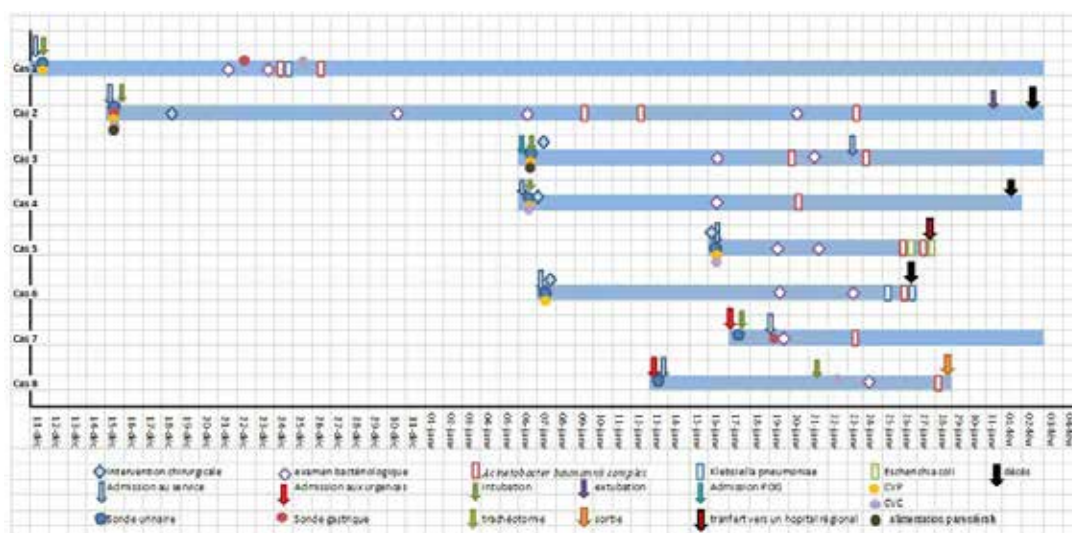


Figure 1: Synoptic table of patients infected by *Acinetobacter Baumannii* complex

F.C 015 IMPACT OF COVID-19 PANDEMIC ON THE RATE OF MULTIDRUG RESISTANT BACTERIA IN A TUNISIAN MEDICAL INTENSIVE CARE UNIT (2018-2023)

I. Maatouk : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
Z. Hammouda : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
A. Maatouk : Department of preventive and community medicine University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
A. Yaacoub : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
W. Ben Maria : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
O. Saadaoui : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
Y. Maatouk : MICROBIOLOGY LABORATORY University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
Y. Kadri : MICROBIOLOGY LABORATORY University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
O. Nouira : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
S. Ben abdallah : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
M. Lahmar : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
M. Mastouri : MICROBIOLOGY LABORATORY University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
L. Besbes Ouanes : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.

Introduction : Emergence of multidrug resistant (MDR) bacteria constitute a worldwide health problem and an increasing health concern among critical care patients.

Objectif : The aim was to determine the frequency and species of MDR bacteria following a systematic screening among patients admitted to a Tunisian medical intensive care unit (ICU) and to determine the impact of COVID-19 pandemic on the rate of MDR.

Méthode : We conducted a repeated cross-sectional study over 6 years in our ICU from 2018 to 2023. All patients hospitalized for at least 48 hours were included. Patients received systematic screening for MDR bacteria. Specimens were recovered from nasal, rectal, axillary, auricular, urinary, or tracheal swabs.

Résultat : The rate of MDR infections among total swabs collected from rectum decreased from 41.2% in 2020. Between 2021 and 2022, it remained stable at 17.5%, then it increased to 48.1% in 2023. The rate of MDR infections among total swabs collected from armpit decreased from 16.7% in 2020 to 1.6% in 2022. The rate of infections by MDR among total HCAs was 81.5% in 2018 and 76.9% in 2019. During COVID-19 pandemic, this rate decreased to 72.4% in 2020, 64.6% in 2021 and to 58.1% in 2022. After this pandemic, this rate reached 53.6% in 2023. Among Methicillin-resistant *S. aureus*, this rate decreased from 3% in 2018 to 11% in 2022, then no case of MDR was detected. Among Ceftazidime-resistant and/or Imipenem-resistant *Acinetobacter baumannii*, there has been a rise in this rate from 31.8% in 2018 to 42.3% in 2023. Among Ceftazidime and/or Imipenem resistant *Pseudomonas aeruginosa*, there has been a fall in this rate from 16.7% in 2018 to 8.6% in 2023. Among Vancomycin-resistant enterococcus, this rate decreased from 0.8% in 2018 to 0.73% in 2022, and then no case was recorded in 2023. Among Enterobacteria resistant to 3rd generation cephalosporins increased slightly from 47.7% in 2018 to 49% in 2023.

Conclusion : Our study showed a notable decrease in the rate of MDR infections among critical care patients during and after COVID-19 pandemic which can be explained by improved adherence of HCP to hygiene measures. Screening for MDR bacteria should be repeated to better control HCAs.

F.C 016 ASSOCIATION BETWEEN PLASMATIC OXYLIPINS AND IN-HOSPITAL MORTALITY IN COVID-19

A. Bouabdallah : Infectious diseases department, Laboratory of biochemistry Rabta Hospital.
R. Abdelmalek : Infectious diseases department Rabta Hospital.
M.K. Ben fradj : Laboratory of biochemistry Rabta Hospital.
B. Kilani : Infectious diseases department Rabta Hospital.
M. Feki : Laboratory of biochemistry Rabta Hospital.

Introduction : The cytokine storm is a major cause of death in COVID-19. Along with cytokines, oxylipins, which are lipid mediators derived from polyunsaturated fatty acids, are involved in all phases of inflammation.

Objectif : We looked for an association between plasmatic oxylipins and in-hospital mortality in patients with COVID-19.

Méthode : We performed a prospective, monocentric, observational, six-months long study. We included consenting adults hospitalized for COVID-19 with a positive PCR test for SARS-CoV-2. Blood samples were taken within 48 hours of hospitalization. We analysed pro-inflammatory eicosanoids (Prostaglandin (PG) F1a, PGF2a, PGE2, Thromboxane B2 (TXB2) and leukotriene B4 (LTB4)) and specialized pro-resolving mediators (SPM) (Lipoxin (LX) A4, LXB4, Resolvin

(Rv) D1 and RvD5) in patients' sera. Patients were monitored until discharged and were then separated into two groups: those who survived, and those who died. Mann-Whitney U test was used for statistical analysis.

Résultat : We studied sera of 126 in-patients, of which 21 died during their hospitalization. At admission, PGF2a was significantly higher in patients who died than in those who survived ($p=0,013$). There was no statistically significant difference in PGF1a, PGE2, TXB2 nor LTB4 between the two groups ($p=0,298$; $p=0,174$; $p=0,264$; $p=0,540$ respectively). There was no statistically significant difference in the summation of the pro-inflammatory eicosanoids ($p=0,607$). LXA4 was significantly higher in patients who died ($p<0,001$). RvD5 was higher in the dead, with no statistically significant difference ($p=0,094$). LXB4 was lower in patients who died with no statistically significant difference ($p=0,072$). There was no significant difference in RvD1 between the two groups ($p=0,865$). The summation of the SPM had a higher median, 25th and 75th percentiles in patients who died than in patients who survived, with no statistically significant difference ($p=0,176$). The ratio PGF2a/LXA4 was statistically lower in patients who died ($p=0,001$). The ratio pro-inflammatory eicosanoids/SPM was lower in the dead with no statistically significant difference ($p=0,536$).

Conclusion : Compared to survivors, oxylipins profile in patients who died lent towards anti-inflammation. This could suggest that they are synthesized in order to modulate and counterbalance the cytokine storm, and may lead to new treatment options.

F.C 017 CINÉTIQUE DES MÉDIATEURS SPÉCIALISÉS DE LA RÉOLUTION DE L'INFLAMMATION DANS LA COVID-19

A.Bouabdallah : Service des maladies infectieuses, Laboratoire de biochimie Hôpital la Rabta.

MK.Ben fradj : Laboratoire de biochimie Hôpital la Rabta.

R.Abdelmalek : Service des maladies infectieuses Hôpital la Rabta.

B.Kilani : Service des maladies infectieuses Hôpital la Rabta.

M.Feki : Laboratoire de biochimie Hôpital la Rabta.

Introduction : La COVID-19 est associée à un orage cytokinique qui peut être fatal et inclut les médiateurs de l'inflammation. Les médiateurs lipidiques interviennent dans l'initiation et le maintien de l'inflammation via les eicosanoïdes pro-inflammatoires et dans sa résolution par les médiateurs spécialisés de la résolution de l'inflammation (SPM).

Objectif : Nous avons dosé certains SPM dans le sang de patients hospitalisés pour COVID-19, comparé leur valeur et étudié leur cinétique selon l'évolution.

Méthode : Nous avons inclus les patients avec COVID-19 confirmée. Nous n'avons pas inclus les patients ayant une forme critique d'emblée. Nous avons exclu les patients ayant séjourné moins de 4 jours à notre service. Nous avons suivi l'évolution des patients jusqu'à leur sortie à domicile ou à leur décès. Les prélèvements sanguins pour étude des SPM ont été réalisés à deux moments : durant les premières 24 heures d'admission (J1), et à $J6\pm2$. Les tests non paramétriques de Wilcoxon et de Mann-Whitney ont été utilisés. Les SPM étudiés étaient la résolvine D1 (RvD1), la résolvine D5 (RvD5) et l'acide 18-hydroxyeicosapentaénoïque (18-HEPE).

Résultat : Soixante-six patients ont été inclus. Quarante-six patients avaient une forme grave et avaient évolué favorablement, et 20 avaient développé une forme critique dont 14 sont décédés durant leur prise en charge. Le 18-HEPE était le SPM ayant les concentrations les plus élevées. La RvD1 était le SPM avec les valeurs les plus faibles. Entre J1 et $J6\pm2$, les SPM étaient à la hausse, essentiellement chez les patients ayant une forme critique (médiane à 60,3 pg/ml à J1 ; 181 pg/ml à $J6\pm2$) et les décédés (73,9 pg/ml à J1 ; 181 pg/ml à $J6\pm2$). Mais cette hausse n'était pas significative. Les valeurs des SPM étaient significativement plus élevées chez les patients ayant une forme critique par rapport à ceux ayant une forme grave à J1 ($p = 0,002$) et à $J6\pm2$ ($p < 0,001$) ; et chez les décédés par rapport aux survivants ($p < 0,001$ à J1 et à $J6\pm2$).

Conclusion : Les SPM étudiés étaient plus élevés dans les groupes les plus graves. Ainsi, malgré leur augmentation, la maladie ne pouvait être maîtrisée et l'évolution était défavorable. Des études avec plus de médiateurs de l'inflammation sont nécessaires pour élucider leur rôle.

F.C 018 FACTEURS PREDICTIFS D'ECHEC THERAPEUTIQUE DU PROTOCOLE MEDURI DANS LE TRAITEMENT DE PNEUMOPATHIE A SARS COV2

S.Chtioui : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
H.Nouira : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
R.Rajah : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
J.Maissa : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
R.Gharbi : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
A.Rebhi : Réanimation médicale hôpital régionale kasserine.
M.Fekih Hassen : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
O.Jaoued : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
H.Ben Sik Ali : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
S.Elatrous : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.

Introduction : Le SARS-Cov2 est responsable d'un SDRA et d'un orage de cytokines et d'une inflammation excessive. Certains ne répondent pas à la corticothérapie initiale développant une fibrose pulmonaire. La corticothérapie à forte dose peut constituer une indication dans cette situation.

Objectif : Déterminer les facteurs indépendamment associés à l'échec de la corticothérapie à forte dose et prescrite selon le protocole de Meduri.

Méthode : C'est une étude de Cohorte et analytique réalisée dans le service de réanimation médicale de l'hôpital E.P.S Taher Sfar de Mahdia. Tous les patients hospitalisés pour prise en charge d'une pneumonie à SARS-Cov2 étaient inclus. Tous les patients sont traités initialement par la méthylprednisolone à la dose de 2mg/kg/j puis la dose est diminuée progressivement jusqu'à son arrêt à 1 mois. Les paramètres recueillis étaient les caractéristiques démographiques, fonctionnelles, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives. Une analyse univariée puis multivariée ont été réalisées.

Résultat : Au total 178 patients ont été inclus avec une médiane d'âge de 62 ans IQR [53-68]. On note une légère prédominance masculine (57% des cas). Le score de SAPS II a une médiane de 10[7-13]. Un SDRA sévère était retrouvé dans 63% des cas. La VNI était utilisée chez 70% des patients. La durée de la VMI était de 12 jours [IQR : 6-21,5] et la durée de séjour en réanimation était de 14 jours [IQR : 10-23]. Le taux de succès de la corticothérapie à forte dose était de 33,7%. La mortalité était de 61%. En analyse multivariée, les paramètres indépendamment associés à l'échec étaient le Score de SAPS II avec OR=0,938 IC95% [0,895-0,982] p=0,007 et le recours à la VNI avec OR=0,416 IC95% [0,187-0,925] p=0,031. La valeur seuil du SAPS II était de 23,5 avec une sensibilité de 75%, une spécificité de 61%, une valeur prédictive positive de 54,55%, une valeur prédictive négative de 79,46% et la zone de 0,724.

Conclusion : La réponse à la corticothérapie à forte dose est de l'ordre de 33,7%. Les facteurs indépendamment associés à son échec étaient le score de SAPS II et le recours à la VNI.

F.C 019 PREVALENCE OF LONG COVID SYMPTOMS AMONG CRITICALLY ILL COVID19 SURVIVORS, A PROSPECTIVE STUDY

Y. Ben Ali : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
S. Ben Mansour : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
S. Bel Haj Youssef : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
N. Boukadida : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
D. Ben Braiek : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
H. Zorgati : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
A.Kacem : Pulmonology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
R. Ben Jazia : Pulmonology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
J.Ayachi : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

Introduction : While the short-term effects of COVID-19 infection have been documented. The prevalence, severity, and predictors of long-term outcomes (Long COVID) in intensive care unit (ICU) survivors still poorly defined.

Objectif : To evaluate the frequency of chronic symptoms in ICU COVID-19 acute respiratory distress syndrome (ARDS) survivors and predictors of long COVID.

Méthode : A prospective study performed in a 9-bed medical ICU from Mai 2021 to September 2021 including ICU COVID-19 ARDS survivors. Patients were reviewed for clinical evaluation 6 months after ICU discharge. Physical, mental, and/or cognitive problems were collected. Univariate analysis was performed to determine predictors of long COVID.

Résultat : During the study period, 48 patients were included with mean age 48±12 years, and men predominance 28(58.3%). Most reported symptoms were: cough in 7(14.6%) and dyspnea in 24(50%) cases; palpitations in 16(33.3%)

cases; muscle weakness (20.8%), arthralgia (31.2%), memory disorders (43.8%) and difficult concentration (29.2%). Anosmia, ageusia, hair loss, weight loss, weight gain, and sexual dysfunction were present in 10.4%, 4.2%, 10.4%, 18.8%, 20.8% and 8.3% of cases, respectively. Among the studied patients, at least 3 of the 6 most frequent symptoms (chronic cough, dyspnea, arthralgia, muscle weakness, memory disorder, and concentration disorder) were observed in 14(31.1%) patients defining the long COVID. In univariate analysis female gender: 53% vs 17.8% was the predictive factor of the occurrence of long COVID with p: 0.014.

Conclusion : Our study demonstrate that long COVID is prevalent among ICU survivors. Female gender was the only predictive factor of its occurrence.

F.C 020 LES INFECTIONS ASSOCIEES AUX SOINS EN REANIMATION APRES LA PANDEMIE DU COVID-19

I.Trabelsi : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa bizerte.

A.Hmaïdi : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa bizerte.

J.Guissouma : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa bizerte.

H.Alouche : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa bizerte.

H.Benali : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa bizerte.

FZ.Gamara : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa bizerte.

H.Brahmi : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa bizerte.

M.Samet : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa bizerte.

Introduction : La pandémie Covid 19 a eu un impact considérable sur les systèmes de santé, notamment en termes d'utilisation d'antibiotiques et de l'émergence des infections à germes multirésistants dans les hôpitaux et surtout dans les services de réanimation.

Objectif : L'objectif de notre étude était d'étudier les caractéristiques des infections associées aux soins (IAS) en réanimation après l'ère du Covid.

Méthode : Il s'agissait d'une étude descriptive prospective sur 8 mois (janvier 2023 - Août 2023) menée au sein d'une unité de soins intensifs. On a inclus tous les malades ayant présentés au moins un épisode d'IAS le long de leur séjour en réanimation. Les données épidémiologiques, cliniques, bactériologiques et évolutives ont été saisies et analysées au moyen du logiciel SPSS 23.

Résultat : Durant cette période, 25 patients ont présenté des IAS soit une incidence de 18%. En tout, seulement 57 épisodes d'IAS ont été documentées. L'âge moyen était de $58.54 \pm 13,55$ avec un genre-ratio de 1,5. Les comorbidités les plus fréquentes étaient le diabète (48%), l'HTA (40%), la coronaropathie (20%) et l'insuffisance rénale (20%). Les motifs d'hospitalisation les plus fréquents étaient une détresse neurologique (56%) et une détresse respiratoires (44%). A l'admission, les médianes des scores de gravité IGSII et APACHEII étaient respectivement de 50 [28-61] et 18 [12-27]. La majorité des patients colligés(96%) ont eu une alimentation parentérale exclusive. Une corticothérapie était instaurée dans 68% des cas. Le tableau ci-joint résume les principales caractéristiques des différents épisodes d'IAS documentées. La médiane de la durée de séjour était de 23 jours [18-38] avec un taux de mortalité à 72%.

Conclusion : Les IAS étaient fréquentes avec une prédominance des infections dues aux BGN et un taux non négligeable d'infections fongiques. Elles étaient associées à une prolongation de la durée du séjour et une surmortalité d'où l'intérêt du renforcement des mesures préventives.

Tableau : Caractéristiques des différents épisodes d'IAS documentées.

		1 ^{er} épisode N=25	2 ^{ème} épisode N=18	3 ^{ème} épisode N= 9	4 ^{ème} épisode N=5	Nombre Total N= 57
Type	Bactérienne n	14	12	6	4	36 (63)
	Fongique n	11	6	3	1	21 (37)
Site	Pulmonaire n	10	9	-	2	21 (37)
	Vasculaire n	4	2	4	2	12 (21)
	Urinaire n	10	5	2	-	17(30)
	Cutané n	1	2	3	1	7(12)
Etat de choc septique n		10	9	4	1	24(42)
Germes n	Klebsiella pneumoniae	8	5	2	-	15(26)
	Pseudomonas aeruginosa	-	2	1	1	4 (7)
	Acinetobacter baumannii	-	2	1	-	3(5)
	Escherichia coli	4	-	-	-	4(7)
	Staphylocoques	1	2	1	1	5(9)
	Citrobacter freundii	1	-	1	1	3(5)
	Enterobacter	-	1	-	1	2 (3)
	Candida albicans	11	4	2	1	18(32)
	Candida non albicans	-	2	1	-	3(5)
Germes multirésistants n		6	3	4	1	14 (25)

n : nombre

F.C 021 DOSAGE DU B-D-GLUCANE EN RÉANIMATION : INTÉRÊT DANS LE DIAGNOSTIC PRÉCOCE D'UNE CANDIDOSE INVASIVE ET DANS L'ARRÊT DES ANTIFONGIQUES

Trifi : Réanimation médicale La Rabta.
Tlili : Réanimation médicale La Rabta.
A. Kallel : Laboratoire de myco-parasitologie La Rabta.
A. Mehdi : Réanimation médicale La Rabta.
S. Chikhrouhou : Laboratoire de myco-parasitologie La Rabta.
L. Messaoud : Réanimation médicale La Rabta.
E. Seghir : Réanimation médicale La Rabta.
Y. Touil : Réanimation médicale La Rabta.
K. Kallel : Laboratoire de myco-parasitologie La Rabta.
S. Abdellatif : Réanimation médicale La Rabta.

Introduction : La candidose invasive (CI) est une infection répandue en milieu de réanimation. Bien que l'hémoculture sur milieu Sabouraud soit la technique gold standard pour le diagnostic des CI, mais sa sensibilité et le délai d'obtention des résultats réduisent son intérêt. Le marqueur sérique : le (1,3)- β -D-glucane (BDG) a été proposé pour le diagnostic précoce de la CI mais également comme guide d'arrêter un traitement antifongique (TAF) empirique. Le test BDG a été récemment introduit en Tunisie et les données cliniques sur l'efficacité du BDG en réanimation font défaut.

Objectif : Nous visons d'analyser les résultats du test BDG chez les patients de réanimation afin de déterminer sa performance dans le diagnostic précoce d'une CI et dans l'arrêt du TAF.

Méthode : Étude prospective évaluative menée en collaboration entre le service de réanimation médicale et le laboratoire de parasitologie-mycologie sur quatre mois (de février au mai 2023). Les patients adultes hospitalisés en réanimation, à risque de CI, ont eu des dosages de BDG à un rythme hebdomadaire. Le statut vrai positif correspondait à une CI confirmée ou fort probable et un test BDG positif (> 80 pg/mL).

Résultat : 50 tests BDG ont été effectués chez 30 malades âgés de 58 ans, de sex-ratio= 1,3 et de SOFA médian=5. L'hypertension (40%) et le diabète (37%) étaient les tares les plus signalées. L'index de colonisation (IC) médian était à 0,2 [0-0,4] et $> 0,4$ dans six cas, le site buccal était le plus colonisé (38%) et *Candida albicans* était l'espèce la plus isolée (74%). Le Candida score médian était à 0,95 [0-2,9] et > 3 dans huit cas. La CI a été retenue dans 10 cas : candidémie (n=3) et sepsis sans documentation bactériologique avec CS > 3 (n=7). La médiane des taux de BDG= 146 pg/mL [36-247] avec des extrêmes à 7 et 500 pg/mL et considéré positif dans 32 cas. La performance du test BDG dans le diagnostic de CI n'était pas significative (ASC/ROC=0,475 [0,272-0,678], $p=0,8$) mais il possède une VPN=74,5%. Un TAF a été instauré dans les dix cas et arrêté dans 2 cas où le taux BDG était négatif aboutissant à une sensibilité ainsi qu'à une VPN toutes les deux à 100% mais sans être significatif sur la courbe ROC (ASC=0,833 [0,671-0,996], $p=0,11$). Par ailleurs, on n'a pas objectivé de corrélations entre les BDG/IC ni BDG/CS.

Conclusion : L'intérêt majeur du test BDG en réanimation semble résider essentiellement dans sa VPN aussi bien dans le diagnostic précoce d'une CI ainsi que dans l'arrêt du TAF empirique. Des études à plus large échelles sont souhaitables.

F.C 022 LE STRESS OXYDATIF ET L'INFLAMMATION : ETUDE DES GÈNES DE RÉGULATION

S.Kharat : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
K.Bouchaala : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
R.Boubtane : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
N.Elloumi : Laboratoire d'immunologie CHU Habib Bourguiba Sfax.
I.Alila : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
K.Chtara : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
M.Bahloul : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
H.Chelly : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
C.Ben Hamida : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
M.Bouaziz : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.

Introduction : Malgré les progrès réalisés au cours des dernières décennies, il n'existe toujours pas de traitement spécifique pour la septicémie. Dans des conditions normales, les leucocytes jouent un rôle important dans le contrôle de l'infection. Cependant, dans le sepsis leur activité est altérée. En effet, en réponse à l'infection la voie qui régule l'axe oxydatif-inflammatoire est affectée.

Objectif : L'évaluation de la contribution des gènes NF-kB, iNOS, Nrf2, HO-1 et MPO dans la pathophysiologie du syndrome septique en analysant l'expression de leurs transcrits dans les monocytes et neutrophiles circulants, et en surveillant le statut nitrosatif/oxydatif chez les patients atteints de sepsis et de choc septique.

Méthode : Il s'agit d'une étude menée dans une unité de soin intensif. On a collecté des échantillons sanguins des patients hospitalisés à l'admission et après 7 jours de traitement. Les patients étaient repartis en 3 groupes : G1 incluant 20 patients en sepsis ; G2 incluant 10 patients en choc septique et G3 un groupe incluant les patients en SIRS sans infection. Ces patients ont été comparés à un groupe contrôle incluant 15 sujets sains : Gc. Les neutrophiles et les monocytes ont été isolés par centrifugation. On a analysé au cours de l'étude les gènes : NF-kB, iNOS, Nrf2, HO-1 et MPO par PCR suite à l'extraction de l'ARN.

Résultat : Les patients en choc septique G2 ont exprimé les niveaux les plus élevés d'ARNm NF-kB dans les monocytes, en comparaison par rapport au groupe 1 et au groupe contrôle Gc ($p = 0,021$ and $p = 0,014$, respectivement). Les neutrophiles circulants des patients septiques (G1) présentaient une surexpression significative de NF-kB par rapport aux autres groupes G2 ($p = 0,043$) G3 ($p=0,021$) et Gc ($p = 0,043$). Cependant, les gènes impliqués dans la réponse cyto-protectrice présentaient une expression accrue chez les patients atteints de sepsis, en particulier le Nrf2 et son gène cible HO-1. En effet, dans les monocytes le groupe contrôle a montré le taux de Nrf2 le plus faible par rapport au groupe G1, G2 et au G3 ($p=0,01$, $p=0,034$, $p=0,029$ respectivement). Dans les polynucléaires, les patients du groupes 2 exprimait le taux le plus élevé de Nrf2. Concernant le gène HO-1 les patients du groupe 3 exprimaient un taux significativement plus élevé dans les monocytes par rapport au groupe 1 ($p=0,01$) et dans les polynucléaires par rapport au G1 et G2 ($p=0,01$) En outre, le suivi des patients indique que l'expression de l'enzyme iNOS et les taux plasmatiques de NO peuvent jouer un rôle dans l'évaluation de la gravité des états septiques.

Conclusion : Dans l'ensemble, que ce soit dans les monocytes ou les neutrophiles, nous avons mis en évidence le rôle majeur de NF- KB et de Nrf2 dans le processus physiopathologique du sepsis. Par conséquent, les thérapies ciblant l'activité de ces cellules peuvent être utiles pour une meilleure prise en charge des patients septiques.

Flash Com 2

F.C 023 ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET EVOLUTIVES DES EPILEPSIES CHEZ LES INSUFFISANTS RENAIUX ADMIS AUX URGENCES

D. HOSNI : Urgences hopital charles nicolles tunis.
S. OUERGHI : Urgences hopital charles nicolles tunis.
H. HEDHLI : Urgence hopital charles nicolles.
S. KHABOUCHE : Urgences HCN.
S. OTHMANI : Urgences HCN.
A. ZOUBLI : Urgences HCN.
M. JEMAI : Urgences HCN.
S. JOUINI : Urgences HCN.

Introduction : La crise convulsive est une urgence thérapeutique dont la prise en charge est bien codifiée mais la survenue de ces crises chez un terrain bien particulier comme les insuffisants rénaux nécessite la détermination de ses caractéristiques épidémiologiques, cliniques et évolutives.

Objectif : Déterminer les aspects épidémiologiques, clinico-biologiques et évolutives des épilepsies chez les insuffisants rénaux admis aux urgences.

Méthode : Il s'agit d'une étude comparative, prospective, monocentrique qui s'est déroulée sur une période de quatre années au service des urgences. Critères d'inclusion : les deux sexes, âge > 15 ans. Critères de non inclusion : femmes enceintes. Deux groupes : groupe insuffisance rénale + et groupe insuffisance rénale -.

Résultat : Cents cinquante-deux patients étaient colligés, parmi lesquels 19 patients étaient des insuffisants rénaux, genre ($p=0,095$) ; âge moyen= $57,7 \pm 20,1$ ans ($p=0,118$) ; facteurs de risque cardio-vasculaire ($p=0,000$) ; insuffisance coronaire ($p=0,005$) ; HTA ($p=0,000$) ; insulinothérapie antérieure ($p=0,003$) ; anti-hypertenseur ($p=0,000$) ; crise isolée ($p=0,951$) ; EME ($p=0,802$) ; GAD moyenne= $4,53$ mmol/l ($p=0,033$) ; calcémie moyenne= $1,95 \pm 0,47$ mmol/L ($p=0,009$) ; crise isolée ($p=0,951$) ; EME ($p=0,802$) ; mauvaise observance thérapeutique ($p=0,055$) ; hypocalcémie ($0,188$) ; aggravation ($p=0,203$) ; décès ($p=0,056$).

Conclusion : la présence de HTA et l'insuffisance coronaire étaient significativement associées à la survenue de crise convulsive chez les insuffisants rénaux, la GAD était significativement plus élevée, la principale cause était la mauvaise observance thérapeutique.

F.C 024 RISK FACTORS AND OUTCOMES OF DELIRIUM IN CRITICALLY ILL COVID-19 PATIENTS

Dhouha Hamdi : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..
Imen Ben Saida : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..
Dheker Lansari : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..
Mohamed Amine Mehri : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..
Emna Ennouri : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..
Khaoula Meddeb : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..
Radhouane Toumi : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..
Mohamed Boussarsar : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Introduction : Delirium is characterized by a fluctuating mental state, impaired attention, disorientation, and hallucinations. While recognized as a complication in critical care settings, its incidence and impact on patient outcomes in the context of COVID-19 remain of interest and concern.

Objectif : To investigate the frequency, risk factors for delirium in critically-ill COVID-19 patients and its impact on clinical outcomes.

Méthode : A retrospective observational study conducted from March 2020 to October 2022 in a Medical ICU. Delirium was defined according to the confusion assessment method of ICU (CAM-ICU). All critically-ill COVID-19

patients were screened. Patients with a not to resuscitate decision, or had a history of dementia or psychosis, or who were sedated during all their ICU stay were excluded because of the difficulty to assess delirium in this group. Information regarding demographics, clinical characteristics, and outcomes were obtained from medical records. Clinical data were compared between patients with and without delirium. Multivariate analysis was performed to evaluate risk factors for delirium.

Résultat : During the study period, 548 patients were assessed and 422(77%) met the inclusion criteria. Patients' characteristics were: median age, 65[54-72]; age $\geq$ 65years, 213(50.5%); female, 190(45%); median Charlson index, 3[2-4]; median SAPSII, 27[22-33]; invasive mechanical ventilation (IMV), 197(46.7%) and vasopressors use, 206(48.8%). Using the CAM-ICU, 136(32.1%) had delirium. The most common subtype of delirium was hyperactive type, 89(70%), followed by hypoactive subtype, 33(26%) and few patients had mixed subtype of delirium, 5(4%). Patients who were diagnosed with delirium had significantly longer length of ICU stay (13[8-18] vs 7[4-10] days, $p=0.000$), higher rate of difficult weaning (72.1% vs 32.4%, $p=0.000$), higher mortality rate (65.4% vs 32%, $p=0.000$) and higher rate of adverse events as removing central line, (25% vs 2.8%, $p=0.000$), Ventilator-associated pneumonia (37.5% vs 16.2%, $p=0.000$) and acute renal failure (39.7% vs 19%, $p=0.000$). Univariate analysis revealed the following factors to be associated to delirium: age $\geq$ 65years, (66.9% vs 42.3%, $p=0.000$); SAPSII, (30[25-36] vs 24.5[20-32], $p=0.000$); APACHE II, (8[5-10] vs 6 [4-8]), IMV (78.7% vs 31.7%, $p=0.000$); vasopressors use, (79.4% vs 34.6%, $p=0.000$), use of physical restraint, (80.9% vs 28.9%, $p=0.000$). Multivariate regression model identified the following factors as independently associated to delirium: age $\geq$ 65ans (OR, 1.978; 95%CI, [1.185-3.301]; $p=0.009$) and physical restraint, (OR, 5.676; 95%CI, [3.269-9.854]; $p=0.00$).

Conclusion : Delirium seems to be common in critically COVID-19 patients. Older patients and physical restraint demonstrated as independent factors associated with delirium.

F.C 025 PARTICULARITES EPIDEMIOLOGIQUES DES PATHOLOGIES LIES À DES FORTES CHALEURS CHEZ LES SUJETS AGES

D. HOSNI : Urgences hopital charles nicolles tunis.
S. OUERGHI : Urgences hopital charles nicolles tunis.
H. HEDHLI : Urgence hopital charles nicolles.
S. KHABOUCHE : Urgences HCN.
R. HAMMAMI : Urgences HCN.
S. KHALIFA : Urgences HCN.
S. KHIARI : Urgences HCN.
S. JOUINI : Urgences HCN.

Introduction : L'exposition à des fortes chaleurs peuvent être responsable des anomalies clinico-biologiques graves en particulier si le terrain est fragile comme le cas des sujets âgés qui peuvent nécessiter une prise en charge plus adéquate.

Objectif : Déterminer les particularités clinico-biologiques et évolutives des pathologies liées à des fortes chaleurs chez les sujets âgés admis aux urgences.

Méthode : Il s'agit d'une étude comparative, analytique, prospective et monocentrique qui s'est déroulée au service des urgences sur une période de deux mois. Critères d'inclusion : les deux sexes, patients admis pour affection suite à des fortes chaleurs. Critères de non inclusion : patients vus en ambulatoire. Deux groupes : groupe sujet âgé et groupe sujet jeune. Sujet âgé est défini par un âge supérieur à 65 ans.

Résultat : Cinquante et un patients étaient colligés ; groupe sujet âgé ($n=30$) VS groupe sujet jeune ($n=21$) ; âge moyen= $68,4\pm 11,1$ ans ; Sexe ($p=0,009$) ; antécédents (0,026) ; hypertension artérielle ($p=0,003$) ; diabète ($p=0,003$) ; traitement anti -hypertenseur antérieur ($p=0,012$) ; PAS moyenne($p=0,888$) ; FC moyenne($p=0,616$) ; température moyenne ($p=0,255$) ; ALAT moyenne ($p=0,016$) ; complications ($p=0,668$) ; évolution défavorable ($p=0,351$) ; décès ($p=0,796$).

Conclusion : Les pathologies liées à des fortes chaleurs étaient significativement présentes chez les sujets âgés de genre masculin ayant des antécédents de diabète et l'hypertension artérielle alors que il n'y avait pas de différence significative pour la mortalité.

F.C 026 INTERET DE LA MESURE ECHOGRAPHIQUE DU DIAMETRE DU NERF OPTIQUE EN REANIMATION

H. Ben Ghezala : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..
A. Ben Jazia : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..
M. Kharrat : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..
S. Essghaier : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..
S. Ghalloussi : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..
S. Rabhi : Service de réanimation polyvalente et toxicologique Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale urgente..
N. Brahmi : Service de réanimation polyvalente et toxicologique Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale urgente..

Introduction : L'échographie du diamètre de l'enveloppe du nerf optique (DENO) est une méthode non invasive, peu coûteuse, de détection de la Pression Intracrânienne (PIC). Peu d'études en Tunisie se sont intéressées à l'utilité de cette méthode en réanimation.

Objectif : Evaluer la faisabilité et l'intérêt de la mesure du DENO pour les patients comateux en réanimation dans la prédiction de l'hypertension intracrânienne et du pronostic neurologique.

Méthode : Etude observationnelle prospective évaluative monocentrique faite dans un service de réanimation médicale. Nous avons inclus huit (8) patients admis pour coma d'étiologies diverses en réanimation. L'échographe utilisé est de marque Fujifilm Sonosite en utilisant avec la sonde vasculaire HFL38 13-6 Mhz. Trois mesures ont été réalisées pour chaque patient et c'est la moyenne des mesures en mm qui a été retenue. La mesure a été faite par un senior de réanimation diplômé en échographie en soins critiques.

Ensuite ces mesures ont été comparées aux données de l'imagerie cérébrale faite pour tous les patients

Résultat : Huit patients d'âge moyen 35+ 12 ans ont été inclus : trois hommes et cinq femmes. Les motifs d'hospitalisation étaient un coma dans tous les cas. La cause du coma était une thrombophlébite cérébrale chez un patient secondaire à une intoxication par drogues illicites. Deux autres patients avaient une méningo-encéphalite cérébrale et une patiente un astrocytome cérébral dégénéré en glioblastome. Une patiente de 25 ans était admise pour un AVC hémorragique de la fosse postérieure avec inondation ventriculaire. Trois patientes avaient un coma toxique suite à une intoxication par des médicaments psychotropes. La mesure moyenne du DENO était de 4.5+ 2 mm avec des extrêmes de 3.9 et de 8.7 mm. Il n'y avait pas de différence entre les deux sexes. Les patientes admises pour coma toxique avaient des mesures de DENO normales entre 4 et 6 mm plus basses que ceux admis pour une pathologie du système nerveux central (SNC). Deux patients (un homme et une femme) ont développé un état de mort cérébral et avaient un DENO moyen de 7mm. Les mesures du DENO étaient concordantes avec les résultats de l'imagerie cérébrale chez tous les patients.

Conclusion : Notre étude montre que le DENO est une mesure simple, faisable et accessible qui peut renseigner sur la pression intracrânienne. Une généralisation de la technique et des programmes d'éducation et de formation sont nécessaires pour les professionnels exerçant en réanimation.

F.C 027 RÉSULTATS PRÉLIMINAIRES SUR L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DE VIE DES TRAUMATISÉS CRÂNIENS GRAVES APRÈS SORTIE DE RÉANIMATION.

Mariam KARRAY : Département d'anesthésie réanimation Hôpital militaire principal d'instruction de Tunis.
Aïcha REBAI : Département d'anesthésie réanimation Hôpital militaire principal d'instruction de Tunis.
Cyrine LAHMAR : Département d'anesthésie réanimation Hôpital militaire principal d'instruction de Tunis.
Intissar ABBASSI : Département d'anesthésie réanimation Hôpital militaire principal d'instruction de Tunis.
Rined GHRIBI : Département d'anesthésie réanimation Hôpital militaire principal d'instruction de Tunis.
Sana BOUGHARIOU : Département d'anesthésie réanimation Hôpital militaire principal d'instruction de Tunis.
Mohamed ZAKRAOUI : Département d'anesthésie réanimation Hôpital militaire principal d'instruction de Tunis.
Youssef EBN EBRAHIM : Département d'anesthésie réanimation Hôpital militaire principal d'instruction de Tunis.
Walid SAMOUD : Département d'anesthésie réanimation Hôpital militaire principal d'instruction de Tunis.
Walid SELLAMI : Département d'anesthésie réanimation Hôpital militaire principal d'instruction de Tunis.
Iheb LABBENE : Département d'anesthésie réanimation Hôpital militaire principal d'instruction de Tunis.
Hédi GHARSALLAH : Département d'anesthésie réanimation Hôpital militaire principal d'instruction de Tunis.
Mustapha FERJANI : Département d'anesthésie réanimation Hôpital militaire principal d'instruction de Tunis.

Introduction : Le traumatisme crânien, pathologie d'incidence élevée, dont les conséquences en termes de morbi-mortalité sont importantes, confère aux victimes des séquelles neurologiques et physiques potentiellement définitives, variables, et peut également occasionner des séquelles cognitives, comportementales, psychologiques, sociales et familiales.

Objectif : L'objectif était de décrire la qualité de vie des patients victimes d'un TC, au minimum 6 mois révolus après la survenue du traumatisme selon l'échelle de GOSE et le SF12.

Méthode : Etude prospective incluant les traumatisés crâniens grave, admis à la réanimation de l'hôpital militaire de Tunis entre 2019 et 2022. La collecte des données a consisté à analyser le dossier médical : données démographiques, circonstances, bilan lésionnel du traumatisme et évolution lors de l'hospitalisation. Puis, un appel téléphonique a permis d'évaluer la qualité de vie par deux outils : l'échelle d'évaluation des activités de la vie quotidienne et le Medical outcome study short form 12 (SF12) dans sa version arabe qui ont été corrélés au degré des séquelles post traumatiques évaluées par le score de Glasgow outcome scale extended (GOSE).

Résultat : 43 patients sont retenus d'âge moyenne 34.1 ± 14.7 ans [18 à 74] dont 90.69% sont classés ASA1. Le mécanisme le plus fréquent est un accident de la voie publique (88.4%). Dans 74.4% des cas, un polytraumatisme est associé. Les 2 lésions associées les plus fréquentes sont thoracique (19 patients) et périphérique (12 patients). Une atteinte axiale est présente dans 20.9% des cas, principalement cervicale. La moyenne du score de Glasgow initial est 10.8 ± 4.1 . La moyenne de séjour en réanimation est 21.6 ± 25.7 jours [1 à 116]. Le sepsis à point de départ non cérébral constitue la complication la plus fréquente (41.9% des cas). Une IRM cérébrale a été réalisée chez 14 patients montrant des lésions axonales diffuses dans 35.7% des cas. A distance du traumatisme, 28 patients ont une bonne récupération (GOSE 7-8), 13 patients ont un handicap modéré (GOSE 5-6) et 2 patients ont un handicap sévère (GOSE 3-4). (Annexe) La majorité (93% des patients) gardent le même niveau d'autonomie quotidienne (alimentation, toilette, habillage, continence etc) qu'avant le traumatisme. La moyenne des « scores résumés physiques » du SF12 n'est pas significativement différente d'une classe de GOSE à l'autre. La qualité de vie liée à l'état physique ne varie pas avec le degré de handicap. La moyenne des « scores résumés psychiques » du SF12 des patients est significativement différente d'une classe de GOSE à l'autre. La qualité de vie liée à l'état psychique est d'autant plus altérée que les patients sont plus lourdement handicapés.

Conclusion : A ce stade de l'étude, nous pouvons constater que le traumatisme crânien grave est un bouleversement de l'existence. Quelle que soit la qualité de la récupération neurologique, la qualité de vie du patient est altérée dans toutes ses dimensions.



F.C 028 LE SYNDROME DE GUILLAIN BARRE EN REANIMATION, EXPERIENCE DE 15ANS : ETUDE DESCRIPTIVE ET PRONOSTIQUE

A.Dammak : Réanimation médicale Habib Bourguiba sfax.

O.Turki : Réanimation médicale Habib Bourguiba sfax.

S.Jerbi : Réanimation médicale Habib Bourguiba sfax.

K.Chtara : Réanimation médicale Habib Bourguiba sfax.

M.Bahloul : Réanimation médicale Habib Bourguiba sfax.

H.Chelly : Réanimation médicale Habib Bourguiba sfax.

C.Ben Hamida : Réanimation médicale Habib Bourguiba sfax.

M.Bouaziz : Réanimation médicale Habib Bourguiba sfax.

Introduction : Le syndrome de Guillain-Barré (SGB) est une neuropathie périphérique à médiation immunitaire post-infectieuse. Il est hétérogène en termes de gravité des déficits neurologiques et de pronostic. C'est une urgence médicale et sa gravité est en rapport avec l'atteinte respiratoire, la dysautonomie et les séquelles à long terme.

Objectif : Etudier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, électrophysiologiques, biologiques et de prise en charge des patients admis en réanimation pour prise en charge d'un SGB et analyser les facteurs prédictifs du recours à la ventilation mécanique et de mortalité.

Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et analytique réalisée au service de réanimation médicale sur une période de 15 ans allant de Janvier 2009 jusqu'à aout 2023. Tous les patients admis pour prise en charge d'un SGB ont été inclus

Résultat : Durant la période d'étude, 61 patients ont été hospitalisés pour prise en charge d'un SGB. L'âge moyen de la population étudiée était de $45,21 \pm 22,17$ ans avec un sexe ratio de 1,25. L'antécédent le plus fréquemment rencontré dans la population étudiée était l'hypertension artérielle (19,7%). La survenue d'un épisode infectieux antérieur a été retrouvée chez 65,5% des patients. Le principal motif d'admission en réanimation a été l'insuffisance respiratoire aiguë chez 32 patients (52,4%). Les moyennes du SOFA et IGS II scores étaient de $1,88 \pm 2,36$ points et $16,22 \pm 10,84$ points respectivement. A l'admission en réanimation, 58 patients (95%) avaient un déficit au niveau des 2 membres inférieurs et l'atteinte était typiquement ascendante dans 80,3% des cas. L'atteinte des nerfs crâniens était dominée par les troubles de la déglutition (67,2 %). Les troubles dysautonomiques ont été observés chez 6 patients. Une étude du liquide céphalo-rachidien a été réalisée pour 50 patients (82 %). Trente-sept patients (74%) ont présenté une dissociation albumino-cytologique. L'ENMG, réalisé chez 83,33% des patients a objectivé une atteinte démyélinisante (49,2%) et une atteinte axonale dans 63,9% des cas. La ventilation mécanique a été nécessaire chez 60,7 % des patients avec durée moyenne de $20,7 \pm 16,7$ jours. Pour le traitement étiopathogénique, 32 patients (52,5%) ont bénéficié de séances de plasmaphérèse et 25 patients (41%) ont bénéficié d'une immunothérapie par Immunoglobulines Intraveineuses (IgIV). Une complication infectieuse a été diagnostiquée chez 34 patients. L'embolie pulmonaire a été diagnostiquée chez 16,4% des patients. Le taux de mortalité a été de 21 %. Les facteurs prédictifs du recours à la ventilation mécanique ont été les scores de gravité à l'admission (SOFA et IGSII) élevés, l'atteinte neurologique des membres supérieurs ($p=0,005$), l'utilisation des catécholamines ($p=0,001$). La mortalité a été associée de façon significative à des scores de gravités plus élevés, la présence de trouble de la déglutition à l'admission ($p=0,023$), l'atteinte respiratoire ($p=0,04$).

Biologiquement les patients décédés ont présenté un rapport PaO_2/FiO_2 significativement plus bas ($p=0,004$) et un taux de créatinine significativement plus élevés.

Conclusion : Afin d'améliorer le pronostic dans ces formes graves de SGB il est primordial d'identifier les signes prémonitoires dans la phase précoce de la maladie et référer ces patients en soins intensifs pour une surveillance rapprochée et prise en charge adaptée.

F.C 029 INTERET DU SCORE NEWS DANS LA STRATIFICATION DE LA GRAVITE DU COUP DE CHALEUR

ALIMI SYRINE : URGENCES MATRI.
REZGUI EMNA : URGENCES MATRI.
KALLEL MANEL : URGENCES MATRI.
BERRAJAH SALMA : URGENCES MATRI.
AFGHANI SAAD : URGENCES MATRI.
ZAOUCHE KHEDIJA : URGENCES MATRI.

Introduction : Les scores de gravité sont d'une importance cruciale lors de l'accueil des patients aux urgences car ils permettent d'adapter leur prise en charge initiale. Plusieurs scores existent dont l'intérêt a été démontré dans les pathologies critiques et aiguës. Cependant, lors des coups de chaleur, aucun n'a été réellement utilisé.

Objectif : L'objectif de ce travail était d'évaluer l'intérêt du score news dans la prédiction de mortalité chez les patients pris en charge aux urgences pour coup de chaleur.

Méthode : Il s'agissait d'une étude descriptive prospective menée sur 03 mois dans un hôpital régional. Nous avons inclus les sujets chez qui le diagnostic de coup de chaleur a été porté. Nous avons exclu les dépôts de corps. Nous avons calculé le score moyen NEWS dans toute la population et l'avons considéré pour calculer sa sensibilité, spécificité, VPP et VPN du score.

Résultat : Durant la période d'étude, 55 patients ont été diagnostiqués de coup de chaleur, mais 2 sont arrivés en ACR. Ainsi nous avons colligé 53 patients (96,36%). Durant la période d'étude 4 patients sont décédés (7,54%) tous appartenaient à la tranche d'âge de 65 ans et plus. Un score de news (>6) était significativement associé à la mortalité dans la population, $p = 0,03$. La sensibilité est de 100 %, la spécificité est de 64%, la VPP=30,77%, la VPN=100%, INDICE YOUNDEN =0,64 Concernant Les enzymes hépatiques un taux moyen d'ASAT était à $60,2(\pm 48)$, et d'ALAT à $23(\pm 16,4)$. IL n'y avait pas d'associations entre le taux moyen ASAT/ALAT et décès dans la population (respectivement $p=0,46$ et $p=0,46$).

Conclusion : Le score de News semble avoir une très bonne performance pour identifier, dès l'accueil ; les patients non graves parmi ceux chez qui le diagnostic de coup de chaleur a été porté. Sa performance semble supérieure aux enzymes hépatiques. Une étude à plus large échelle est cependant nécessaire pour confirmer nos résultats.

F.C 030 VENOUS AND ARTERIAL THROMBOSIS IN COVID-19: THE OTHER SEVERITY SIDE

Mohamed Khalil Ghozzi : Réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami.

Amira Jamoussi : Réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami.

Fatma Jarraya : Réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami.

Emna Rachdi : Réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami.

Nacef Ben Mrad : Réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami.

Samia Ayed : Réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami.

Jalila Ben Khelil : Réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami.

Introduction : Arterial and venous thromboembolic events are both frequent among critically ill COVID-19 according to several studies. In Tunisia, few data are available about the frequency and characteristics of thromboembolic complications in COVID-19.

Objectif : We aimed to determine the incidence of and risk factors for venous and arterial thrombosis in patients hospitalized in intensive care units with COVID-19.

Méthode : A single-center retrospective study conducted in intensive care unit, over a period of 18 months, between March 2020 and September 2021. The primary outcome was any thromboembolic complications, which included venous thromboembolism, myocardial infarction, ischemic stroke, and other arterial embolisms. Clinical and evolutionary characteristics were reported, and then independent risk factors were investigated through a multivariate analysis.

Résultat : During the study period, 599 COVID-19 patients were included. The mean age was 60 ± 13 years. The most prevalent comorbidities were obesity, followed by arterial hypertension and diabetes in 41.6%, 39.3% and 36.4% of cases, respectively.

Thromboembolic complications were noted in 84 cases (14%). Ten patients (11.7%) had both pulmonary embolism and deep vein thrombosis embolism, 60 patients had isolated pulmonary embolism (71.3%), 12 patients had isolated deep vein thrombosis (14.9%) and two patients had superficial venous thrombosis (2.1%). Fifty-six vascular complications were noted in 30 patients: Coronary syndrome was the most frequent vascular complication (18 patients), followed by acute ischemia of the lower limbs in 12 cases. The first wave of COVID-19 recorded the highest incidence density of venous and arterial thrombosis at 30/1000 patient-days. The independent predictive factors for the occurrence of venous and arterial thrombosis are reported in the table below:

Conclusion : Venous and arterial thrombosis has a high incidence in patients admitted to the intensive care units for COVID-19. Its occurrence is mainly related to mechanical ventilation and curare use. After respiratory involvement, it represents the second level of severity.

Multivariate analysis of risk factors for developing at least one VAT

	<i>p</i>	OR	IC 95%
Diabetes	0,236		
Ecographic acute pulmonary heart	0,677		
Sedation	0,988		
SAPS II	0,619		
APACHE II	0,614		
D-dimer	0,343		
Duration of corticosteroid therapy	0,723		
Length of invasive mechanical ventilation	0,222		
Length of stay	0,917		
Curarization	<10-3	3,954	2,522 – 6,186
Invasive mechanical ventilation	<10-3	4,454	2,512 – 7,900

Abbreviations: VAT: Venous and arterial thrombosis, SAPS II: Simplified Acute Physiology Score II, APACHE II: Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II.

F.C 031 THROMBOLYTIC THERAPY IN INTERMEDIATE HIGH-RISK PULMONARY EMBOLISM: SAFETY AND OUTCOMES

Y.Ben Ali : Medical Intensive Care Unit1 Ibn Jazzar University Hospital,Kairouan,Tunisia.
A.Jamel : Cardiology Department2 Ibn Jazzar University Hospital,Kairouan,Tunisia.
H.Belkhiria : Cardiology Department2 Ibn Jazzar University Hospital,Kairouan,Tunisia.
H.Ammar : Cardiology Department2 Ibn Jazzar University Hospital,Kairouan,Tunisia.
K.Attia : Medical Intensive Care Unit1 Ibn Jazzar University Hospital,Kairouan,Tunisia.
D.Ben Braiek : Medical Intensive Care Unit1 Ibn Jazzar University Hospital,Kairouan,Tunisia.
S.Belhaj Youssef : Medical Intensive Care Unit1 Ibn Jazzar University Hospital,Kairouan,Tunisia.
M.Achour : Medical Intensive Care Unit1 Ibn Jazzar University Hospital,Kairouan,Tunisia.
A.Boufares : Cardiology Department2 Ibn Jazzar University Hospital,Kairouan,Tunisia.
M.Kharat : Cardiology Department2 Ibn Jazzar University Hospital,Kairouan,Tunisia.
S.Ben Mansour : Medical Intensive Care Unit1 Ibn Jazzar University Hospital,Kairouan,Tunisia.
N.Ben Halima : Cardiology Department2 Ibn Jazzar University Hospital,Kairouan,Tunisia.
J.Ayachi : Medical Intensive Care Unit1 Ibn Jazzar University Hospital,Kairouan,Tunisia.

Introduction : Patients with intermediate high-risk pulmonary embolism (IHR-PE) present an ongoing debate regarding the contribution of thrombolytic therapy in therapeutic management protocols. However, the hemorrhagic complication remains a life threatening condition. Evaluating the safety of thrombolytic treatment is still needed.

Objectif : To evaluate the safety of thrombolytic therapy and the impact on in hospital mortality. To determine changes of cardiac ultrasound findings 30 days after discharge in patients with IHR-PE.

Méthode : A retrospective study conducted between 2014 and 2020 in the intensive care unit of cardiology department. All patients diagnosed with IHR-PE were included in the study and were categorized in two groups: G1, which received thrombolytic therapy, and G2, which received standard anticoagulation. The primary endpoint was in-hospital mortality, and the secondary endpoint was hemorrhagic complications and cardiac ultrasound finding at day 30.

Résultat : During the study period, IHR-PE was diagnosed in 39 patients, among them 22 (56.4%) patients received thrombolytic therapy. Main patients characteristics were: mean age 54 ± 14 years in G1 vs 80 ± 6 years in G2 with $p=0.01$. Otherwise, the two groups were not significantly different regarding PESI score or ultrasound findings. In G1: who received thrombolytic therapy, 59.1% are women, with mean age 64.6 ± 14 years, 90.9% have right ventricular dysfunction, with pulmonary arterial hypertension in 81.8%, and thrombus in 18.2% of cases. In hospital mortality rate was lower in the G1 vs G2 (4.5% vs 23.5%) with $p=0.068$. Minor bleeding incidents occurred in G1 and G2 in respectively 22.7% and 17.6% without significant difference ($p=0.6$). Only one case of major bleeding (digestive hemorrhage) was reported in G1 with no fatal consequences.. Regarding the cardiac ultrasound findings at day 30 after discharge check-up, residual right ventricular dilatation or dysfunction, pulmonary arterial hypertension were only observed in the G2 with $p=0.001$.

Conclusion : In IHR- PE, thrombolytic therapy is as safe as anticoagulation therapy. It improves right ventricular function with lower residual right ventricular dilatation or dysfunction and pulmonary arterial hypertension without significant impact on mortality.

F.C 032 FIBRINOLYSIS OF ACUTE CORONARY SYNDROMES WITH ST-SEGMENT ELEVATION IN EMERGENCY DEPARTMENT: PROGNOSIS OF ELDERLY PATIENTS TREATED WITH STREPTOKINASE

Chabaane Firas : Urgences et SMUR hopital régional de Ben Arous.
Rhaïem sirine : Urgences et SMUR hopital régional de Ben Arous.
Elayech fedia : Urgences et SMUR hopital régional de Ben Arous.
Mathbough Safa : Urgences et SMUR hopital régional de Ben Arous.
Ghazali hanene : Urgences et SMUR hopital régional de Ben Arous.
Souissi sami : Urgences et SMUR hopital régional de Ben Arous.

Introduction : ST segment elevation myocardial infarction (STEMI) is increasing among elderly patients. The use of fibrinolytic therapy for this group of patients can lead to fatal complications. The streptokinase, a nonspecific fibrinolytic, widely used in our practice is under studied in the elderly population

Objectif : The aim of this study was to compare the prognosis of elderly patients (aged more than 75 years old) treated with Streptokinase for STEMI versus patients aged less than 75 years old regard to hemorrhagic complications and mortality.

Méthode : Retrospective analysis of a prospective registry (2010-2022). Inclusion of all patients treated with Streptokinase for STEMI. Evaluation of demographic, clinical characteristics, and prognosis. Two groups were compared: elderly patients and less than 75 years old patients.

Résultat : Inclusion of 647 patients. Mean age=59±11 years. Sex-ratio=5. Patients aged more than 75 years represented 10% of the study population with a mean age =79± 4 years. The comparative study of elderly group (n=66) versus (vs) patients less than 75 years (n=581) found those results: Sex-ratio = 1.8 vs 6 (p<0,001). Morbidities (%): tabagism (49) vs (75) (p<0,001), hypertension (56) vs (27) (p<0,001). Atypical clinical presentation was more frequent in the elderly group 30% vs 16%. Mean delay chest pain-first medical contact (FMC) = 234±169 minutes (min) vs 192±132 min (p<0,001). No difference was found in the two groups concerning fibrinolysis success 58% vs 60% and intracranial hemorrhage 0 vs 2 patients. In hospital and one-week mortality were higher in the elderly group with respectively, 4.5% and 10% vs 1.4% and 2.2%. Factors associated with mortality among elderly patients were: Anterior myocardial infarction (OR=6.37, p=0,044,95%IC 1.19-34) and cardiogenic shock (OR=38, p<0.001,95%IC 5,02-287,43).

Conclusion : Streptokinase is an effective therapeutic alternative for elderly. It causes reperfusion in 58% of cases with no significant increase of major hemorrhagic events. In contrast, mortality in this population is higher than in under 75 years old patients and is related to the extent of myocardial infarction and the development of cardiogenic shock.

F.C 033 PERIOPERATIVE GOAL-DIRECTED THERAPY AND POSTOPERATIVE OUTCOMES IN PATIENTS UNDERGOING HIGH-RISK ABDOMINAL SURGERY

I.Bannour : Anesthésie réanimation EPS Mahdia.
I.Radhouan : Anesthésie réanimation EPS Mahdia.
A.Dahmani : Anesthésie réanimation EPS Mahdia.
N.Boujday : Anesthésie réanimation EPS Mahdia.
Y.Jaafar : Anesthésie réanimation EPS Mahdia.
N.Bobakri : Anesthésie réanimation EPS Mahdia.
H.Attia : Anesthésie réanimation EPS Mahdia.
M.Ouaz : Anesthésie réanimation EPS Mahdia.
A.Majdoub : Anesthésie réanimation EPS Mahdia.

Introduction : Inadequate fluid loading can expose to postoperative complications. The SFAR recommendations of 2013 stipulate that in high-risk patients, hemodynamic optimization should be used based particularly on the maximization of the Stroke Volume measured by esophageal Doppler. These recommendations were based on studies evaluating the impact of hemodynamic optimization by esophageal Doppler on postoperative morbidity in patients at high risk or operated for major surgeries.

Objectif : The aim of our study is to evaluate the effect of a hemodynamic optimization strategy based on the dynamic indices, mainly the Stroke Volume Variation (SVV), measured by the pulse wave analysis monitors on postoperative morbidity.

Méthode : This was a single center prospective randomized single-blinded study. Patients in the study group had intra operative hemodynamic optimization by fluid challenges associated or not to vasopressor drugs guided by the SVV and the cardiac index. Fluid therapy and drug use in the control group was left to the experience of the anesthesiologist in charge of the patient. The primary endpoint was the postoperative morbidity rate, the mean number of intra operative hypotension episodes and the mean arterial pressure (MAP) in the middle and the end of the surgery.

Résultat : Thirty patients were included in the control group and 30 in the study group. No significant difference was found between the main epidemiological and clinical characteristics of the two groups. The average volume of fluid administered (7.01 mL/kg/H ± 2.25 vs. 9.44 mL/kg/H ± 2.83, P = 0.001) and the number of episodes of hypotension (1.28 ± 1.13 vs. 2.37 ± 0.92, P <0.0001) were significantly lower in the study group. The MAP in the middle and the end of the surgery were significantly higher. There was a significant reduction in gastrointestinal complications (10% in the study group vs. 33.3%, P = 0.028) that persist in the multivariate analysis and a reduction in time to first flatus (74.5 H ± 26.3 Vs 113.5 H ± 30, P<0.00001). Infectious complications also tended to be significantly reduced (3.3% vs. 23.3%, P = 0.052). No significant difference was observed for the overall morbidity, mortality or length of stay.

Conclusion : Hemodynamic optimization guided by dynamic indices measured by pulse wave contouranalysis preserves intra operative hemodynamics, reduces gastrointestinal complications and improves its postoperative function.

F.C 034 EARLY MANAGEMENT DISCREPANCIES IN SEPSIS/SEPTIC SHOCK PATIENTS IN A MEDICAL ICU. A RETROSPECTIVE STUDY.

Malek Hafdhi : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Radhouane Toumi : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Emna Ennouri : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Asma Rekik : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Riadh Ben Chaieb : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Khaoula Meddeb : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Imen Ben Saïda : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Mohamed Boussarsar : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Introduction : Sepsis and septic shock remain significant challenges in critical care medicine. Timely and appropriate management of sepsis is crucial for improving patient outcomes.

Objectif : To assess the adherence to the latest guidelines in the early management of sepsis/septic shock by identifying discrepancies between recommendations and real-life clinical practices.

Méthode : It is a retrospective analysis of patients' hourly surveillance sheets, conducted from January 2023 to July 2023 in the medical ICU of Farhat Hached Teaching Hospital, Sousse. Data regarding clinical and paraclinical characteristics, ICU management and outcome of patients were obtained from medical records. All consecutive patients having presented sepsis/septic shock were included (according to the Surviving Sepsis Campaign definition). Clinical practices were compared to a recently proposed personalized approach adapted to the four stages of shock's natural evolution and management.

Résultat : Over the study period 262 patients were screened, 60(22.9%) presenting sepsis/septic shock were included, the common sources of infection were ventilator-associated pneumonia 14(23.3%) and central line-associated bloodstream infection 8(13.3%).

During the salvage phase, clinical signs of shock were identified in 54(90%) patients and high lactate levels were detected in 40(66.7%) patients. Adequate fluid resuscitation was achieved for 47(78.3%) patients; norepinephrine initiated within the first hour, 49(81.7%) patients. The source of infection was promptly identified in 53(88.3%) patients; early antibiotics administered, 53(88.3%) patients. Whereas in the optimization phase, fluid responsiveness was evaluated in 48(80%) patients; capillary refill time (CRT), lactates and urine output were monitored, respectively, 52(86.7%), 32(53.3%), and 55(91.7%) patients. Tissue oxygenation was optimized by adequating ventilatory support 57(95%) patients; and hemoglobin monitoring in 26(43.3%) patients. Cardiac output monitoring by transpulmonary thermodilution or echocardiography was performed in 8(13.3%) patients. As for the stabilization phase, lowest doses of norepinephrine were sought for 23(38.3%) patients; fluid removal was achieved, in 55(91.6%) patients by administering diuretics, 40(66.7%) and hemodialysis, 15(25%) patients. Packed blood cell transfusion was required in 9(15%) patients. During the de-escalation phase, fluid removal, weaning from vasopressors and non-invasive cardiac output monitoring were effective in, respectively, 46(76.7%), 25(41.6%) and 26(43%) patients. Mortality rate was at 68,3%. Discrepancies significantly associated to mortality at the salvage phase were: evaluation of CRT [n(%) vs n(%), p] [1(16.7%) vs 40(74.1%), p=0.01], lactate monitoring [8(40%) vs 33(82.5%), p=0.001], and early administration of norepinephrine [3(27.3%) vs 38(77.6%), p=0.004].

Conclusion : This analysis revealed substantial variations in adherence to the SSC guidelines. These findings underscore the importance of continuous education to ensure evidence-based care for sepsis patients in the ICU, thus promoting personalized care and equity.

F.C 035 TEST D'OCCLUSION TÉLÉ-EXPIRATOIRE ET PRÉDICTION DE LA PRÉCHARGE DÉPENDANCE : ÉTUDE ÉCHOGRAPHIQUE ET HÉMODYNAMIQUE EN RÉANIMATION

Maha Mensi : Anesthésie réanimation CHU Mongi Slim la Marsa.
Faten Haddad : Anesthésie réanimation CHU Mongi Slim la Marsa.
Rafif Zoubeidi : Anesthésie réanimation CHU Mongi Slim la Marsa.
Amani Ben Haj Youssef : Anesthésie réanimation CHU Mongi Slim la Marsa.
Khalil Becheikh : Anesthésie réanimation CHU Mongi Slim la Marsa.
Maroua Sboui : Anesthésie réanimation CHU Mongi Slim la Marsa.
M'hamed Sami Mebazaa : Anesthésie réanimation CHU Mongi Slim la Marsa.

Introduction : Le test d'occlusion télé-expiratoire est un indice dynamique de la précharge dépendance sans conséquences néfastes liées à un remplissage exogène excessif. Initialement, les études évaluant ce test ont nécessité une mesure continue du débit cardiaque par un monitoring invasif.

Objectif : L'objectif était d'évaluer la performance diagnostique de la mesure de l'intégrale temps vitesse (ITV) sous aortique pendant un TOTE pour la prédiction de la précharge dépendance.

Méthode : Il s'agissait d'une étude prospective évaluative menée sur une période de 6 mois, incluant 60 patients de réanimation, sédatisés et sous ventilation mécanique. Trois séries de mesures des paramètres hémodynamiques et de l'ITV sous aortique ont été effectuées : avant et à la fin d'un TOTE de 15 secondes et après l'administration de 250 mL de cristalloïdes sur 10 minutes. Les patients ont été considérés comme répondeurs au remplissage après une augmentation de l'ITV sous-aortique de plus de 10% suite à une expansion volémique. Une étude univariée puis multivariée avec régression logistique ont été réalisées en utilisant le logiciel Spss.

Résultat : Soixante patients ont été retenus dont 35 étaient répondeurs au remplissage vasculaire. Les données anthropométriques et démographiques, les antécédents, les motifs d'hospitalisation, les scores de gravité ainsi que les données ventilatoires étaient comparables entre les deux groupes. Chez les répondeurs, la fréquence cardiaque, les besoins en catécholamine et la lactatémie étaient significativement plus élevés à T 0 ($p=0.04$, $p=0.03$ et $p<10^{-3}$ respectivement) contrairement à la pression artérielle systolique ($p=0.003$) et diastolique ($p=0.003$) et à l'ITV sous aortique ($p<10^{-3}$) qui étaient significativement plus basses. L'analyse univariée a révélé qu'après le TOTE, l'ITV sous-aortique, la fréquence cardiaque, la pression artérielle systolique et diastolique étaient statistiquement différents entre les deux groupes ($p < 10^{-3}$, $p = 0,031$, $p < 10^{-3}$ et $p = 0,001$ respectivement). Une augmentation de 8,39% de l'ITV après le TOTE a prédit une réponse au remplissage avec une sensibilité à 91% et une spécificité à 96%. En analyse multivariée, les critères cliniques et échographiques directement associés à la précharge dépendance après TOTE étaient une augmentation de plus de 8,39% de l'ITV sous-aortique, une augmentation de plus de 2,75% de la pression artérielle systolique et une variation de la fréquence cardiaque $\leq 0,89\%$, avec des odds-ratio respectifs de 92,4, 26,8 et 9,1.

Conclusion : Chez les patients sédatisés et sous ventilation mécanique, la mesure échographique de la variation de l'ITV sous aortique suite à une occlusion télé-expiratoire peut prédire la réponse au remplissage vasculaire.

F.C 036 FACTEURS ASSOCIÉS À LA SURVENUE D'UN ARRÊT CARDIORESPIRATOIRE AU COURS DU SYNDROME CORONARIEN AIGU

FRIGUI HEDI : Cardiologie Farhat Hached CHU Farhat Hached.
Dabbebi Fatma Zahra : Cardiologie Farhat Hached CHU Farhat Hached.
Bouaziz Slim : Anesthésie Réanimation CHU Aghlabides kairouan.
Souii Slah : Anesthésie Réanimation CHU Aghlabides kairouan.
Ernez Samia : Cardiologie Farhat Hached CHU Farhat Hached.

Introduction : Le syndrome coronarien aigu (SCA) constitue un enjeu majeur de santé publique à l'échelle mondiale, l'arrêt cardio-respiratoire (ACR) est une complication redoutable. L'objectif de cette étude était de décrire les particularités des patients ayant présenté un ACR suite à un SCA.

Objectif : Décrire les particularités des patients ayant eu un SCA compliqué d'un arrêt cardio-respiratoire.

Méthode : Il s'agit d'une étude de cohorte rétrospective descriptive et analytique à propos des patients ayant été hospitalisés pour SCA dans le service de Cardiologie au centre hospitalo-universitaire Farhat Hached de Sousse. Deux groupes ont été individualisés ; G1 : des patients ayant présenté un ACR ; G2 : des patients n'ayant pas présenté un ACR.

Résultat : Au total, 357 patients ont été inclus âgés de 33 à 89 ans ; dont 72.5 % des patients de sexe masculin. Les patients du groupe G1 étaient plus âgée (69.8±11 ans versus 60.4±10 ans dans G2, $p=0.005$). Il n'avait pas de différence significative en terme d'antécédents cardiovasculaire ni de symptomatologie et délai de consultation. L'exploration coronaire montrait un statut bitronculaire plus fréquemment dans le groupe G1 (53.8% versus 25.9% dans G2 ; $p=0.02$). Les patients du groupe G1 présentaient plus de complications notamment les trouble du rythme cardiaque en particulier la tachycardie ventriculaire ($p=0.005$) et la fibrillation ventriculaire ($p=0.005$), une altération de la FEVG ($p=0.001$) et une insuffisance rénale aigue ($p=0.01$). Le pronostic à court terme était plus sombre avec un taux de mortalité intrahospitalière 69,2% dans G1 (versus 4% dans G2, $p=0,005$). L'analyse multivariée permet d'identifier l'âge avancé ($p=0,005$; OR=1.112), le dysfonctionnement sévère du ventricule gauche ($p=0,014$, OR=14,321), ainsi que le statut bitronculaire ($p=0,006$; OR=19,814) comme facteurs associés au survenu d'un ACR.

Conclusion : L'ACR secondaire à un SCA est une complication parfois inévitable, d'autres études sont nécessaire à fin d'identifier des patients à risque.

F.C 037 PREDICTIVE FACTORS OF CARDIAC ARREST IN ST SEGMENT ELEVATION MYCARDIAL INFARCTION PATIENTS

Rhaïem sirine : Urgences et SMUR hopital régional de Ben Arous.
Chabaane Firas : Urgences et SMUR hopital régional de Ben Arous.
Ben Turkia Hèla : Urgences et SMUR hopital régional de Ben Arous.
Farjaoui seifeddine : Urgences et SMUR hopital régional de Ben Arous.
Ghazali hanene : Urgences et SMUR hopital régional de Ben Arous.
Souissi sami : Urgences et SMUR hopital régional de Ben Arous.

Introduction : Half of cardiac arrests (CA) complicating acute coronary syndromes with ST segment elevation (STEMI) occurred during the first two hours. Prevalence, risk factors and prognosis of CA complicating STEMI admitted to the emergency department(ED) were not well assessed.

Objectif : The aim of study was To evaluate the predictor factors and prognosis of cardiac arrest occurring the initial management of STEMI.

Méthode : Prospective observational study over 13 years. Inclusion of patients admitted in the ED for STEMI lasting for less than 24 hours were included.. Analysis of patients group complicated of CA and mortality after CA Identification of factors related to the occurrence of CA using a logistic regression model.

Résultat : Inclusion of 1415 patients. CA complicates 8.5% of patients. Analysis of the initial rhythm of CA showed ventricular fibrillation (72%), asystole (20%) and ventricular tachycardia (8%). The median no-flow time was 0 [0 ;4] min and the median duration of low-flow was 4 [4 ;20]. Treatment includes (%): External Defibrillation (80), intubation (41), catecholamines (33), anti-arrhythmic (26). Factors associated with CA were : Prior renal failure (4.1% versus (vs) 1.4%), hypotension (48% vs 12%), Heart rate (HR) >110 bpm, Anterior wall (65% vs 45%), lack of reperfusion (18% vs 6%), heart failure (36% vs 12%), and cardiogenic shock (35 vs 12).Multivariate analysis identified two independent factors related to the occurrence of CA: cardiogenic shock (OR = 4.769 95% CI 3,65 to 8,9) and anterior myocardial infarction (OR =2.6 95% CI 0.04 to 0.26). In hospital mortality of CA patients was 38%. Factors associated with mortality were: Age>75 years (29% vs 9%), female gender (32% vs 10%), diabetes (41% vs 32%),chest pain to first medical contact > 12 hours (18% vs 2%) lack of reperfusion (45% vs 0), asystol (67% vs 5%) and cardiogenic shock (70% vs 14%).

Mortality rate was lower in patients who benefits from external defibrillation (26% vs 75 %).

Conclusion : Cardiac arrest complicates 8.5 % of STEMI patients with high mortality. The early intervention, especially with defibrillation improve the prognosis

F.C 038 LE PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE DES SUJETS AGES ADMIS POUR INSUFFISANCE CARDIAQUE AIGUE AUX URGENCES

F.TRIFA : Urgences Rabta.
M.CHROUFA : Urgence Rabta.
R.BOUBAKER : Urgence Rabta.
R.Baccouche : Urgence Rabta.
A.MGHIRBI : Urgence Rabta.
H.Maghraoui : Urgence Rabta.

Introduction : L'insuffisance cardiaque aiguë constitue une pathologie de plus en plus présente, avec une incidence notable chez la population âgée. Les urgences médicales liées à cette condition sont de plus en plus fréquentes ce qui nécessite une meilleure compréhension de l'épidémiologie de cette population spécifique

Objectif : était de rapporter les aspects cliniques, étiologiques et évolutifs de l'insuffisance cardiaque du sujet âgé observés en milieu des urgences.

Méthode : Il s'agissait une étude descriptive, mono centrique et prospective menée aux urgences sur une période de trois mois. Nous avons inclus les patients âgés de 65 ans et plus qui se sont présentés aux urgences pour dyspnée compatible avec l'insuffisance cardiaque aiguë.

Résultat : Nous avons inclus 122 patients, l'âge moyen était de 74 ans $\pm$ 7,6 ans et le genre-ratio était de 0,74. Les principaux antécédents étaient représentés par l'hypertension artérielle 62,5% (n=76), insuffisance cardiaque chronique 46,7 % (n=57) et le diabète 43,4% (n=53). Soixante-dix-sept patients étaient sous traitement diurétique (63,4%) et 49 patients sous bêtabloquant. Les motifs de consultation les plus fréquents étaient la dyspnée 68,6% (n=83), la douleur thoracique 34,4% (n=42) et le fléchissement de l'état général 23% (n=28). On a retrouvé une détresse respiratoire chez 35 patients, avec des râles crépitants chez 109 patients. Une détresse hémodynamique a été retrouvée chez 14 patients (11,5%) ; et une détresse neurologique chez 4 patients (3,2%). Les facteurs de décompensation les plus fréquents étaient une ischémie coronaire (38,8% ; n=47), un état septique (24,6% ; n=30) et l'écart de régime (25,4%, n=31). Le recours à la VS-AI-PEEP en ventilation non-invasive était nécessaire chez 24 patients, le décès est survenu au cours de l'hospitalisation chez 12 patients (9,83%) dans un tableau d'état de choc cardiogénique. La médiane de séjour aux urgences a été de 44 $\pm$ 36,4 heures. Neuf patients ont été transférés (7,73%). Les causes de transfert étaient dominées par les causes ischémiques (n=8, soit 6,55 %). Parmi les 110 patients qui ont survécu, 78 patients (63,9%) ont reconsulté les urgences dans le mois suivant leur sortie en rapport avec une autre décompensation de leur insuffisance cardiaque. Parmi eux, 20 patients ont été hospitalisés et 12 patients ont été hospitalisés au service de cardiologie. La mortalité à 30 jours, était de 15,5%.

Conclusion : La prise en charge de l'insuffisance cardiaque aiguë du sujet âgé aux urgences est un challenge de tous les jours. Le sujet âgé, polytaré, polymédiqué présente un défi diagnostique et thérapeutique.

F.C 039 9% SODIUM CHLORIDE VERSUS RINGER'S LACTATE IN THE TREATMENT OF SEVERE DIABETIC KETOACIDOSIS: A RANDOMIZED TRIAL

Ahlem Trifi : Réanimation médicale Rabta.
Ikram Ben Braiek : Réanimation médicale Rabta.
Badis Tlili : Réanimation médicale Rabta.
Noussair Azzouz : Réanimation médicale Rabta.
Emna Hammas : Réanimation médicale Rabta.
Maroua Jemii : Réanimation médicale Rabta.
Asma Mehdi : Réanimation médicale Rabta.
Linda Messaoud : Réanimation médicale Rabta.
Eya Seghir : Réanimation médicale Rabta.
Sami Abdellatif : Réanimation médicale Rabta.

Introduction : severe diabetic ketoacidosis (DKA) is a potentially serious complication of diabetes mellitus. The treatment regimen is based on insulin and rehydration. The choice of rehydration solution is a question that remains open.

Objectif : We sought to compare the effect of sodium chloride 0.9% (SC) versus ringer lactate (RL) in the resolution of severe DKA as well as on the variation of electrolytes.

Méthode : open randomized trial in adult patients admitted to an intensive care unit (ICU) for severe DKA. The insulin therapy protocol was identical and the randomization concerned the rehydration solution either by SC or RL. The primary endpoint was resolution of DKA at H48 defined by a composite endpoint (glycemia <11 mmol/l, bicarbonates > 15 mmol/l or pH > 7.30 and anion gap < 16). The secondary endpoints were resolution of DKA at

H24, change in base excess to ≥ -3 meq/L at 48 h and H24 and change in electrolytes, insulin requirements, length of stay and mortality. Blood gases, ionogram with chloride and lactate were performed at baseline, H6, H12, H24 and H48. Ethics committee approval and participant consent were obtained.

Résultat : 70 patients were included: SC arm (n=31) and RL arm (n=39). Baseline clinical characteristics were similar between groups including the three types of diabetes: type 1, type 2 and inaugural, and severity scores. Similarly, the basic biological parameters (glycemia, pH, bicarbonates, BE, electrolytes, lactates, anion gap) were comparable. No difference was highlighted for the primary and secondary endpoints (attached Table). Concerning the monitoring of the parameters over the 4 times of the study, it was observed that blood glucose was corrected more quickly in the 9% SC group (at 24 hours: 5.9 vs 11.4 mmol/L, $p < 0.001$) and the chloride level was higher with the SC group at 48 hours (113 vs 105 mmol/L, $p = 0.002$).

Conclusion : the use of RL did not lead to a faster resolution of diabetic ketoacidosis but decreased the risk of hyperchloremia.

Table. Comparison of clinical characteristics and outcome parameters between the study groups

	SC (n=31)	RL (n=39)	p
Clinical characteristics :			
• Sex-ratio (H/F)	13/18	15/24	0,81
• Age	24,5 [23-36,7,7]	26,5 [18-48]	0,32
• Diabetes mellitus type:			0,69
○ Type 1	17	24	
○ Type 2	11	12	
○ Inaugural	3	2	
• SAPS II	17,5 [12,7-24]	18 [12-30,5]	0,55
• SOFA	0,5 [0-2]	1,5 [0-2,2]	0,48
Baseline biology:			
• Glycemia (mmol/l)	17,6 [13,9-34,7]	19,5 [14,2-29,6]	0,67
• pH	7,06 [7-7,18]	7,12 [7,01-7,27]	0,44
• HCO ₃ ⁻	4,15 [1,25-8,4]	6,5 [3,5-11,7]	0,76
• BE	-25 [-29/-19,5]	-20,5 [-31/-16]	0,62
• Sodium	132 [126-135]	133 [127-138]	0,51
• Potassium	4,2 [3,5-4,9]	4,7 [3,5-5,4]	0,43
• Chloride	104 [100-110,7]	105,5 [99-110]	0,2
• Lactate	2,1 [1,4-2,3]	1,9 [1,37-3,1]	0,49
• Anion gap	26 [22-31]	24 [18-28]	0,37
Primary outcome :			
• Resolution of DKA at 48h	17 (55)	25 (64)	0,47
Secondary outcomes:			
• Resolution of DKA at 24h	11 (43)	7 (38,5)	0,09
• Change in base excess to ≥ -3 meq/L at H24	19 (61)	25 (64)	1
• Change in base excess to ≥ -3 meq/L at H48	25 (80)	29 (74,5)	0,58
• Insulin needs within 48 hours	250 [199-288]	208,5 [144-288]	0,12
• ICU-LOS	4,5 [3-7,5]	7,5 [4-10]	0,15
• Mortality	2	7	0,22

SAPS: Simplified Acute Physiology Score, SOFA: sequential Organ Failure Assessment, DKA: diabetic ketoacidosis, LOS: length of stay

F.C 040 ONE-YEAR EPIDEMIOLOGY AND BURDEN OF VENTILATOR-ASSOCIATED PNEUMONIA IN A MEDICAL ICU. A RETROSPECTIVE STUDY.

Emna Ennouri : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Naima Habbachi : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Ons Hasnaoui : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Asma Rekik : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Radhouane Toumi : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Khaoula Meddeb : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Imen Ben Saïda : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Mohamed Boussarsar : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Introduction : Ventilator-associated pneumonia (VAP) remains a significant concern in intensive care units (ICUs) due to its associated increased morbidity and mortality.

Objectif : The aim is to evaluate the epidemiology and burden of VAPs in a medical ICU over the course of one year.

Méthode : This is a retrospective study conducted from July 2022 to July 2023 analyzing medical records of all patients having underwent invasive mechanical ventilation (IMV) including SAPS II, diagnosis at admission, number of ventilator days, frequency and incidence-density of VAPs, implicated microorganisms when available, therapeutic

interventions, and patient outcomes. VAP was defined according to the 2017 joint society guidelines published in the European Respiratory Journal.

Résultat : Over the one-year study period, 157 patients had undergone IMV totaling 1308 ventilator days. SAPS II, 37.9 ± 16.13 ; severe COPD exacerbation 41(26.1%), hypoxemic pneumonia 24(15.2%). VAP was suspected in 55(35%) patients. Positive endotracheal aspirates, 23(41.8%) patients. VAP confirmed incidence-density, 17.6/1000 ventilator days. The most common incriminated microorganism was *Acinetobacter baumannii*, 6(26%). The median delay of VAP occurrence was 4,5 [3.75-8] days. In these patients, 100% had received double ATB therapy, the most common association, imipenem-cilastatin/colistin, for 9.65 ± 5 days. LOS, 13.39 ± 6.22 days; mortality, 34(61.8%); Standardized Mortality Ratio (SMR), 1.8.

Conclusion : This study provides critical insights into the epidemiology and burden of VAP with relatively high density-incidence and SMR in the medical ICU over one year. Our findings emphasize the need for targeted interventions reducing VAP incidence, especially among high-risk patients.

F.C 041 ADVERSE EVENTS IN CRITICALLY ILL COVID-19 PATIENTS IN A TUNISIAN ICU: FREQUENCY, RISK FACTORS AND IMPACT ON OUTCOMES

Dhouha Hamdi : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Imen Ben Saida : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Wiem Ben Maria : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Azer Yacoub : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Radhouane Toumi : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Khaoula Meddeb : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Emna Ennouri : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Mohamed Boussarsar : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Introduction : The COVID-19 pandemic placed immense strain on healthcare systems worldwide, with unprecedented demands for critical care services. The provision of effective care for these critically ill involves advanced medical interventions but also the recognition and management of adverse events (AEs).

Objectif : To evaluate the rate, risk factors of AEs and their impacts in critically ill COVID-19 patients.

Méthode : A retrospective study conducted from March 2020 to October 2022 in a 12-bed medical ICU. All included patients were monitored for AEs. Medical patients' records were reviewed to compile demographic characteristics, severity and diagnosis at admission, management and outcomes. Univariate and multivariate analyses were used to identify factors independently associated to AEs.

Résultat : Four hundred twenty-two patients were included. Patients' characteristics were: median age, 65[54-72] years; female gender, 190(45%); median SAPSII, 27[22-33]; Invasive mechanical ventilation (IMV), 197(46.7%); vasopressors use, 206(48.8%). Three-hundred-fifty AEs occurred in 192(45.4%) patients during a median length of stay (LOS) of 8[5-14]. The most frequent AEs were: ventilator acquired pneumonia, 97(23%); removing central peripheral line, 42(10%); removing gastric tube, 19(4.5%); pressure sores, 10(2.4%); removing bladder catheter, 25(5.9%); accidental extubation, 10(2.4%); catheter related bloodstream infection, 22(5.2%); acute renal failure, 108(25.6%) and venous thromboembolic events, 9(2.1%). Patients who presented AEs had significantly longer duration of IMV (8[3-13] vs 0[0-18], $p=0.000$), longer LOS (6[4-10] vs 12[7-17], $p=0.000$), higher rate of difficult weaning (13.9% vs 83.2%, $p=0.000$), higher mortality rate (79.1% vs 12.6%, $p=0.000$). Univariate analysis revealed the following factors to be associated to AEs respectively: age ≥ 65 years, (64.6% vs 38.4%, $p=0.000$), SAPSII (23[19-30] vs 30[27-36], $p=0.000$); and delirium (56.8% vs 12.2%, $p=0.000$). Multivariate regression model identified two factors as independently associated to AEs: delirium (OR, 7.654; 95%CI, [4.606-12.720]; $p=0.000$) and SAPS II (OR, 1.074; 95%CI, [1.047-1.102]; $p=0.000$).

Conclusion : This study highlights the high rate and burden of AEs. Severity of illness and delirium on ICU admission were identified as independently associated to AEs in critically ill COVID-19 patients.

F.C 042 EVENEMENTS IATROGENES: FREQUENCE, NATURE ET FACTEURS DE RISQUE

I. Sdiri : Urgences-réanimation habib thameur.
I. Sedghiani : Urgences-réanimation habib thameur.
W. Brahmi : Urgences-réanimation habib thameur.
N. Zarouene : Urgences-réanimation habib thameur.
A. Alouini : Urgences-réanimation habib thameur.
I. Zaghdoudi : Urgences-réanimation habib thameur.
Y. Garbaa : Urgences-réanimation habib thameur.
N. Borsali-Falfoul : Urgences-réanimation habib thameur.

Introduction : Un évènement iatrogène (EI) est tout évènement nuisible et non souhaitable lié aux soins, souvent responsable de morbi-mortalité.

Objectif : Notre but était d'évaluer les caractéristiques des EI et déterminer les facteurs de risque de leur survenue.

Méthode : Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive sur six mois incluant tous les patients hospitalisés à l'unité de réanimation. Nous avons défini l'EI comme tout évènement ayant une nature négative pour le patient et qui a un lien avec les soins.

Résultat : Durant la période d'étude, nous avons notés 175 EI chez 90 patients parmi 240 patients hospitalisés. Les patients étaient âgés de 52 ± 13 ans avec une sex-ratio de 1,5. Le délai moyen de survenue de l'EI par rapport l'admission était de 3 jours [1-18]. Ces EI étaient des infections nosocomiales dans 30,8% des cas (n=54), des thromboses veineuses sur cathéters dans 20,5% des cas (n=36), des EI traumatiques dans 19 cas (10,8% des cas dont cinq pneumothorax post cathétérisme, 12 hématomes et deux lésions dentaires suite à l'intubation. Les 66 EI médicamenteux (37,7%) étaient à type d'hyperglycémie suite à une corticothérapie (n=15), une insuffisance rénale aiguë suite à la prescription d'antibiotiques néphrotoxiques (n=29) ou l'injection de produit de contraste (n=22).

Parmi les EI, 89 (50,8%) jugés évitables. Le décès immédiat suite à la survenue d'un EI est survenu dans 4 cas. Les facteurs de risque de survenue des EI étaient le score APACHE II ($p < 10^{-3}$), le recours à la ventilation mécanique ($p = 0,001$), l'état de choc ($p = 0,002$), le cathétérisme ($p = 0,04$) et la durée de séjour en réanimation ($p < 10^{-3}$).

Conclusion : Les EI sont fréquents en milieu de réanimation et sont surtout liées aux procédures invasives. Les évènements septiques occupent la première place.

F.C 043 PREDICTIVE FACTORS OF DIFFICULT INTUBATION IN THE EMERGENCY DEPARTEMENT

S. Rhaïem : Service des urgences-Smur de ben Arous Hopital régional de ben Arous.
S. Keskes : Service des urgences-Smur de ben Arous Hopital régional de ben Arous.
F. Elayech : Service des urgences-Smur de ben Arous Hopital régional de ben Arous.
I. Chermiti : Service des urgences-Smur de ben Arous Hopital régional de ben Arous.
R. Daoued : Service des urgences-Smur de ben Arous Hopital régional de ben Arous.
Y. Majdoub : Service des urgences-Smur de ben Arous Hopital régional de ben Arous.
S. Souissi : Service des urgences-Smur de ben Arous Hopital régional de ben Arous.
H. Ghazali : Service des urgences-Smur de ben Arous Hopital régional de ben Arous.

Introduction : Tracheal Intubation is a critical and often life-saving procedure performed in emergency department (ED). Some patients present unique challenges that can make the procedure difficult or even dangerous. Identifying predictors of difficult intubation in the emergency setting is important as it allows healthcare providers to anticipate and prepare for potential complications.

Objectif : The aim of this study is to determine the predictive factors of difficult intubation in the emergency setting.

Méthode : This prospective observational clinical study was conducted in the emergency department (ED) from 2022 to 2023. All patients requiring intubation in the ED were included into the study. The study form included patient's demographic and variables according to intubation such as the Cormack-Lehane grade, modified LEMON score, Glasgow Coma Scale score, success rate, and associated complications.

Résultat : A total of 59 patients were included in the study. The mean age was 58 ± 19 , and 69% (n = 41) of them were male. A total of 18(30%) patients were classified in the difficult intubation group and 41 (70%) patients in easy intubation group. Hypoxemia during intubation and cardiorespiratory arrest were complications significantly associated with difficult intubation in the ED. In univariate analysis, the predictive factors significantly associated with difficult intubation were Glasgow Coma Scale (GCS) < 6 , high-arched palate, large tongue. Logistic regression

analysis revealed GCS<6 (odds ratio, 3.77; 95% CI[1.35-15.24]; P = 0.04) and large tongue (odds ratio, 8.40; 95% CI[2.05-34.35]; P = 0.03) as independent factors complicating the intubation.

Conclusion : The identification of these independent risk factors emphasizes the importance of tailored approaches to airway management. Healthcare professionals should consider these factors when making decisions about intubation techniques, equipment, and backup plans, ultimately enhancing patient safety and the likelihood of a successful procedure.

F.C 044 FACTEURS PREDICTIFS DE MORTALITE LORS DES EXACERBATIONS SEVERES DE BPCO CHEZ LES PATIENTS SOUS OXYGENOTHERAPIE A DOMICILE

S.Chtioui : Réanimation médicale Taher Sfar Mahdia.
H.Nouira : Réanimation médicale Taher Sfar Mahdia.
M.Jrad : Réanimation médicale Taher Sfar Mahdia.
A.Jaziri : Réanimation médicale Taher Sfar Mahdia.
R.Gharbi : Réanimation médicale Taher Sfar Mahdia.
A.Rebhi : Réanimation médicale hôpital régionale kasserine.
M.Fekih Hassen : Réanimation médicale Taher Sfar Mahdia.
O.Jaoued : Réanimation médicale Taher Sfar Mahdia.
H.Ben Sik Ali : Réanimation médicale Taher Sfar Mahdia.
S.Elatrous : Réanimation médicale Taher Sfar Mahdia.

Introduction : La décision d'admettre des patients ayant une BPCO à un stade avancé pour une exacerbation sévère est parfois difficile. Les facteurs prédictifs de mortalité chez les BPCO sous oxygénothérapie à domicile (OLD) en exacerbation sévère sont peu étudiés.

Objectif : déterminer les facteurs associés à la mortalité chez les patients ayant une BPCO sous OLD admis pour une exacerbation sévère.

Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective étalée sur une période de 4 ans. Nous avons inclus les patients admis pour une exacerbation sévère de BPCO et qui sont sous oxygénothérapie à domicile. Nous avons exclu les patients avec décision de non- intubation. Les paramètres analysés étaient : les caractères démographiques cliniques et gazométriques, le score de gravité SAPS II, l'état ventilatoire à l'admission l'échec de la VNI, la durée de ventilation mécanique, la durée de séjour en réanimation et la mortalité. Une analyse multivariée a été réalisée pour déterminer les facteurs associés à la mortalité.

Résultat : Durant la période de l'étude 65 patients ont été inclus. L'âge moyen était de 68 ± 8 ans et le SAPSII moyen était de 29 ± 10 . La moitié des patients étaient sous VNI à domicile. Le score mMRC était entre 3 et 4 chez tous les patients (75% à 4). A l'admission 78% des patients étaient sous VNI. La trachéobronchite était la cause d'exacerbation la plus fréquente (68% des cas). Une antibiothérapie a été prescrite dans 44 % des cas. L'échec de VNI était observé dans 31% des cas. La mortalité en réanimation était de 31% des cas. En analyse univariée, l'âge était plus élevé chez les survivants 69 ± 8 ans contre 67 ± 8 ans ($p = 0,04$). La capnie était comparable entre les 2 groupes : 75 (IQR : 72-81) mmHg contre 74 (IQR :66-86) mmHg dans le groupe des décédés et le groupe des survivants respectivement ($p = 0,2$). L'échec de la VNI était plus fréquent chez les décédés (93% versus 3%, $p < 0,003$). La durée de ventilation mécanique était plus prolongée dans le groupe des décédés mais sans atteindre la signification statistique (10 jours IQR (7- 18) contre 6 jours (IQR 2-18). La durée de séjour était plus courte chez les survivants : 8 jours (IQR : 6-13) contre 16 jours (IQR : 9- 22), $p = 0,02$. En analyse multivariée le seul facteur associé à la mortalité était l'échec de la VNI : (OR= 54,4 ; IC : 95% : [12,6-230] ; $p = 0,001$)

Conclusion : Les patients BPCO sous oxygénothérapie à domicile ayant une exacerbation aigüe ont un taux d'échec de la VNI assez important. Cet échec est associé à la mortalité dans cette population.

F.C 045 L'HYPEREOSINOPHILIE AU COURS DES EXACERBATIONS SEVERES DE LA BRONCHOPNEUMOPATHIE CHRONIQUE OBSTRUCTIVE : PREVALENCE ET IMPACT SUR LA MORBI MORTALITE

S.Chtioui : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
R.Rajah : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
M.Jrad : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
M.Hamdi : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
R.Gharbi : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
A.Rebhi : Réanimation médicale hôpital régionale kasserine.
M.Fekih Hassen : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
O.Jaoued : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
H.Ben Sik Ali : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
S.Elatrous : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.

Introduction : Les exacerbations sévères des BPCO (ESBPCO) ont un impact majeur sur la morbidité et la mortalité. L'hyperéosinophilie sanguine, initialement étudiée au cours de la maladie asthmatique, est retrouvée entre 10 et 45% chez les patients ayant une BPCO.

Objectif : déterminer la prévalence et l'impact de l'hyperéosinophilie sur la morbidité et la mortalité lors des ESBPCO nécessitant l'hospitalisation en réanimation.

Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée sur une période de 3 ans. Nous avons inclus les patients âgés de plus de 40 ans, admis en réanimation pour une ESBPCO nécessitant le recours à la ventilation mécanique. Les patients ayant un diagnostic de dilatation des bronches, de fibrose pulmonaire et d'asthme associé et les patients ayant une cause d'augmentation des éosinophiles étaient non inclus. Selon le taux des éosinophiles sanguins, deux groupes ont été individualisés : groupe hyperéosinophilie avec un taux des éosinophiles sanguins ≥ 200 éltts/mm³ et/ou un pourcentage $\geq 2\%$ des leucocytes et groupe sans hyperéosinophilie.

Résultat : Durant la période d'étude, 216 patients ont été hospitalisés en réanimation pour une EABPCO. Cent trente-trois patients, d'âge médian de 68 ans (IQR : 62-75) ont été analysés. Trente pourcents des patients étaient sous oxygénothérapie de longue durée et 20% sous VNI à domicile. La trachéobronchite était le facteur d'exacerbation le plus fréquent (73%). Le taux moyen des éosinophiles était de 217 ± 160 /mm³ avec un pourcentage moyen de $1,9 \pm 1,5$. La mortalité en réanimation était de 27%. La prévalence de l'hyperéosinophilie à l'admission était de 37%, soit 49 patients. La corticothérapie systémique était plus utilisée dans le groupe hyperéosinophilie (36% vs 43%, $p = 0,01$). La durée de séjours était comparable entre les deux groupes ainsi que la durée de ventilation mécanique (invasive et non invasive). La mortalité était plus basse dans le groupe hyperéosinophilie : 8% contre 37%, $p < 10^{-3}$. En analyse multivariée, les facteurs associés à la mortalité étaient l'hyperéosinophilie (OR = 0,07 ; IC 95% : 0,01-0,43 ; $p = 0,004$), la VNI (OR = 0,18 ; IC 95% : 0,03-0,92 ; $p = 0,04$), la corticothérapie systémique (OR = 0,05 ; IC95% : 0,01-0,313 ; $p = 0,001$) et la survenue d'une infection nosocomiale (OR = 9,69 ; IC 95% : 3,15-28,41 ; $p = 0,001$).

Conclusion : L'hyperéosinophilie dans notre étude était protectrice contre la mortalité lors des ESBPCO.

F.C 046 LE ROX INDEX PREDIT-IL LE SUCCES DE LA VNI LORS DES EXACERBATIONS SEVERES DE BPCO ?

S.Chtioui : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
R.Rajah : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
M.Jrad : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
A.Ben khelifa : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
R.Gharbi : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
A.Rebhi : Réanimation médicale hôpital régionale kasserine.
M.Fekih Hassen : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
O.Jaoued : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
H.Ben Sik Ali : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
S.Elatrous : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.

Introduction : Il est déjà démontré que « ratio of oxygène saturation » (ROX) index prédit le succès de l'oxygénothérapie à haut débit chez les patients ayant une insuffisance respiratoire aigüe hypoxémique. Les données concernant les patients ayant une exacerbation sévère de BPCO (ESBPCO) sont rares.

Objectif : Evaluer la performance de Rox index à prédire le succès de la VNI chez les patients admis en réanimation pour une ESBPCO.

Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective étalée sur 18 mois. Nous avons inclus les patients admis pour ESBPCO et traités par VNI. Les patients avec décision de non-intubation et ceux intubés dans les 24 heures étaient exclus. Le Rox index était calculé à l'admission en dehors de la VNI, la valeur seuil du Rox index était calculé selon l'indice de Youden de la courbe ROC. Paramètres recueillis : les caractéristiques démographique, les comorbidités, le Rox index, la gazométrie à l'admission, le facteur d'exacerbation, l'échec de la VNI, la durée de séjour et la mortalité.

Résultat : Au total, 88 patients étaient inclus. L'âge moyen était de 67 ans $\pm$ 10 ans. Pour la classification ABCD des BPCO, le stade D était le plus fréquent (58% des cas). Le score APACHEII moyen était de 10 ± 2 . Le facteur d'exacerbation le plus fréquent était la trachéobronchite (77 % des cas). L'échec de la VNI était observé dans 21% des cas. En comparant le groupe échec et le groupe succès de VNI, le pH était significativement plus bas dans le groupe échec de la VNI ($7,28 \pm 0,04$ vs $7,32 \pm 0,03$, $p < 10^{-3}$). Le Rox index était plus élevé dans le groupe succès de la VNI : $10,1 \pm 3,8$ vs $8,1 \pm 2,7$; $p = 0,01$. En analyse multivariée, le Rox index (OR=0,83, IC95% : 0,69-0,96 ; $p=0,04$) et le pH (OR=0,02, IC : 0,01-0,42 ; $p < 10^{-3}$) étaient associés à l'échec de la VNI. L'analyse de la courbe ROC du Rox index comme facteur prédictif du succès de la VNI a montré une aire sous la courbe de 0,67. Le meilleur seuil était de 8,5 avec une sensibilité à 67%, spécificité à 65%, VVP à 87% et VPN à 35%

Conclusion : Le Rox index était associé à l'échec de la VNI chez les patients admis en réanimation pour ESBPCO.

F.C 047 COMPARAISON ENTRE LES EXACERBATIONS SEVERES ESTIVALES ET HIVERNALES DES BPCO HOSPITALISES EN REANIMATION

M.Hamdi : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.

H.Nouira : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.

S.Chtioui : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.

R.Rajah : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.

Gharbi Rim : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.

Rebhi Abderzak : Réanimation médicale hôpital régionale kasserine.

M.Fekih Hassen : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.

H.Ben Sik Ali : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.

O.Jaoued : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.

S.Elatrous : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.

Introduction : L'exacerbation sévère de BPCO est un motif fréquent d'hospitalisation en réanimation. On note une diminution importante des exacerbations sévère en période estivale par la régression des infections virales

Objectif : Comparer les caractéristiques cliniques et le pronostic des patients hospitalisés pour exacerbation sévère de BPCO en réanimation entre la période d'été et la période d'hiver.

Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective menée entre Janvier 2017 et décembre 2020 dans un service de réanimation. Les critères d'inclusions : - Patients âgés ≥ 18 ans. - Admis en réanimation pour exacerbation sévère de BPCO. On a défini deux groupes = Groupe 1 : les patients admis pendant l'été. Groupe 2 : les patients admis en hiver.

Résultat : Les patients inclus dans cette étude étaient 133, l'âge médian était 68 ans [61-75]. Le SAPS II score médian était 28 [21- 35]. Les patients sous oxygénothérapie à domicile étaient à 30% et les patients sous VNI à domicile 19.5%. Le nombre des patients admis pendant l'été était à 39 (30%) et pendant l'hiver était à 94(70%). Le taux de mortalité global était 26.3% En comparant les deux groupes, la majorité était GOLD D dans 66.7% pendant l'été versus 48.9% pendant l'hiver avec $p=0.06$. Le VEMS de base était plus diminué chez les patients admis pendant l'été 25 [20-35] versus 35 [25-60] avec $p=0.02$. La pneumopathie était le facteur d'exacerbation le plus fréquent pendant l'été 30% versus 10% pendant l'hiver avec $P=0.04$. Il n'y avait pas de différence significative entre les 2 groupes concernant le recours à la VNI, le recours à la ventilation mécanique, l'échec de la VNI, la durée de la ventilation mécanique et la durée de séjour en réanimation. La mortalité était de 30.7% dans le groupe été vs 24.4% dans le groupe hiver avec $p=0.45$ En analyse multi-variée, L'hyper éosinophilie était un facteur préventif de mortalité (OR=0.18, IC 95% [0.05-0.69]; $p=0.01$ et l'infection nosocomiale était un facteur prédictif de mortalité OR=10.7, IC 95% [3.9-29]; $p < 10^{-3}$).

Conclusion : La période d'exacerbation de BPCO (été ou hiver) n'a pas d'impact sur la mortalité, la durée de ventilation mécanique et la durée de séjour en réanimation.

F.C 048 FACTEURS PREDICTIFS D'ECHEC DE LA VNI AU COURS DE TRAITEMENT DES PNEUMONIES COVID-19

R.Rajah : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
S.Chtioui : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
M.Jrad : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
M.Hamdi : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
R.Gharbi : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
A.Rebhi : Réanimation médicale hôpital régionale kasserine.
M.Fekih Hassen : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
O.Jaoued : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
H.Ben Sik Ali : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
S.Elatrous : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.

Introduction : Les moyens d'oxygénothérapie non invasives ont permis d'éviter le recours à l'intubation lors de la prise en charge des pneumonies à COVID-19. A côté de l'oxygénothérapie à haut débit, la VNI a été largement utilisée.

Objectif : Déterminer le taux d'échec de la VNI et les facteurs indépendamment associés à son échec lors de traitement des pneumonies COVID-19.

Méthode : Il s'agit d'une étude prospective et analytique incluant tous les patients hospitalisés en réanimation médicale de l'hôpital Taher Sfar de Mahdia pour une pneumonie à SARS-COV2 nécessitant une VNI. Nous avons exclu les patients sous ventilation mécanique invasive et les patients ayant une limitation des soins. Les paramètres analysés étaient : les caractéristiques démographiques, cliniques et paracliniques, les comorbidités, la durée des symptômes, la durée de séjour avant l'hospitalisation, les scores de gravité (SOFA, SAPSII, APACHEII), le Rox-index, la durée de séjours en réanimation, la durée de la VNI, le devenir de la VNI et la mortalité.

Résultat : Au total, 123 patients d'âge médian 62 ans [IQR : 52-68] et avec un SAPSII médian 21 [IQR : 19-31] étaient inclus. La durée médiane d'évolution des symptômes avant l'admission était de 3,9j [IQR : 5-10]. La majorité des patients était en SDRA sévère (75%). Le taux d'échec de la VNI était de 59%. La mortalité était de 65%. En analyse multivariée, les facteurs indépendamment associés à l'échec de la VNI étaient : la FR avec (OR=1,2 ; IC95% [1,04-1,399] p=0,013), le score SAPSII (OR=1,125 ; IC95% [1,025-1,232] p=0,012) et le Rox index (OR=0,243 ; IC95% [0,086-0,685] p=0,001). Les valeurs seuils retrouvées étaient une FR >30 (aire sous la courbe (AUC) à 0,776, sensibilité = 69%, spécificité = 60%, VPP = 57%, VPN = 10%), un score de SAPSII >24 (AUC à 0,679, sensibilité = 0,69 ; spécificité = 0,58, VPP = 52% et une VPN = 27%) et un Rox index >3,5 (sensibilité de 77%, une spécificité de 70%, VPP de 20% et VPN de 62%).

Conclusion : La VNI a permis d'éviter l'intubation dans 41%. Les patients ayant une FR >30, un score de SAPSII >24 et un ROX index < 3,51 sont à haut risque d'échec de la VNI

F.C 049 A NEW COMPREHENSIVE RULE FOR EARLY NIV FAILURE PREDICTION IN AECOPD. A PROSPECTIVE STUDY

Safa Fathallah : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..
Imen Ben Saïda : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..
Ons Hasnaoui : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..
Malek Hafidhi : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..
Riadh Ben Chaieb : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..
Khaoula Meddeb : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..
Emna Ennouri : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..
Mohamed Boussarsar : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

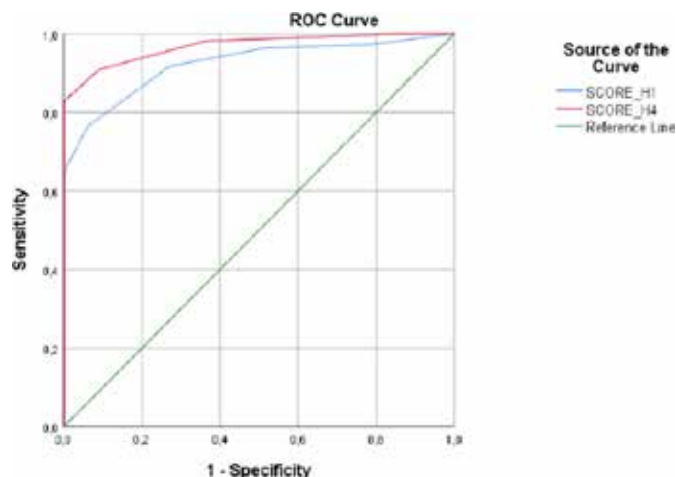
Introduction : AECOPD is a critical condition of which the prognosis was transformed with the non-invasive ventilation (NIV). However, identifying NIV failure early in the procedure remains a significant clinical challenge and suffer the lack of discriminative predictive rule.

Objectif : To develop a comprehensive rule for predicting NIV failure in AECOPD patients.

Méthode : A prospective longitudinal observational cohort study from March 2022 to March 2023, in a 12-bed Medical ICU. Consecutive patients with AECOPD requiring NIV were included. Demographic data, baseline clinical characteristics, clinical parameters, NIV-related variables and arterial blood gases were recorded at the initiation, after 1h and 4h. NIV failure was defined as the need for invasive mechanical ventilation. A comprehensive score was calculated at H1 and H4 under NIV using clinically relevant available variables in clinical practice: neural inspiratory time(Ti), tidal volume/IBW*pressure support(Vt/PS), respiratory rate(RR), auto PEEP, shape of expiratory flow curve, worsening of hypercapnic encephalopathy, and the increase of PaCO₂ level. Receiver operating characteristic(ROC) curve analysis was employed to evaluate discriminative properties.

Résultat : One hundred forty-three patients were included. NIV success group vs NIV failure group; autoPEEP (cmH₂O); at H1 and at H4, 4[2-6] vs 8[8-3], p=0.005 and 2[1-4] vs 5[2-6], p=0.001; Ti (s); 0.9[0.6-1] vs 0.4[0.3-0.8], p=0.002 and 0.9[0.7-1] vs 0.6[0.4-0.9], p=0.009, Vt/PS (ml/kg/cmH₂O); 0.64±0.17 vs 0.53±0.18, p=0.001 and 0.65±0.16 vs 0.55±0.15, p=0.002, RR (cycles/min); 25±5 vs 29±5, p=0.000 and 22±4 vs 28±8, p=0.000. Worsening of hypercapnic encephalopathy 20(18.2%) vs 32(97%), p=0.000 and 4(03.6%) vs 33(100%), p=0.000; worsening of Paco₂ levels 6(05.4%) vs 33(97%), p=0.000, and 6(05.5%) vs 32(97%), p=0.000; Elastic flow curves, 25(22.7%) vs 15(45.5%) p=0.011 and 16(14.5%) vs 12(36.4%), p=0.006. These variables were considered as potential components for the predictive score. The predictive score demonstrated strong diagnostic accuracy with an area under the curve (AUC) of 0.92 at H1 (95% CI, 0.87-0.96) and 0.96 at H4 (95% CI, 0.94-0.99). At H1, a cutoff value of 3.5 showed a sensitivity of 91% and specificity of 72%, indicating its effectiveness in identifying potential NIV failure early in the NIV procedure. Similarly, at H4, a cutoff of 4.5 yielded a sensitivity and specificity of 90%.

Conclusion : This study presents a novel and comprehensive rule for early NIV failure prediction in AECOPD patients. The rule integrates bedside clinically relevant variables to assess and predict NIV failure.



F.C 050 LA VENTILATION NON INVASIVE AU COURS DES PNEUMONIES AIGUES COMMUNAUTAIRES GRAVES

Sabrina Bradai : Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax.

Abir Dammak : Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax.

Salma Jerbi : Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax.

Rihab Boubtane : Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax.

Rania Ammar : Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax.

Olfa Turki : Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax.

Kamilia chtara : Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax.

Mabrouk Bahloul : Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax.

Hedi Chelly : Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax.

Chokri Ben Hmida : Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba.

Mounir Bouaziz : Réanimation polyvalente CHU Habib BOURGUIBA.

Introduction : Le recours à la ventilation non invasive (VNI) chez les patients hospitalisés en unité de soins intensifs (USI) pour insuffisance respiratoire aigüe a démontré son efficacité en diminuant la morbi-mortalité. Néanmoins son utilisation de première intention en cas de pneumonie communautaire grave est encore sujette à controverse.

Objectif : Décrire les caractéristiques épidémiologiques et cliniques des patients admis en USI pour PAC grave et mis sous VNI, et déterminer les facteurs prédictifs de son échec.

Méthode : Il s'agit d'une étude prospective descriptive menée dans notre service de réanimation pendant une période de 4 ans allant du janvier 2019 jusqu'au 31 décembre 2022. Nous avons inclus tous les patients hospitalisés pour prise en charge d'une détresse respiratoire en rapport avec une PAC grave. L'échec de la VNI est défini par le recours à la ventilation mécanique invasive (VMI).

Résultat : Pendant la période de l'étude, 120 patients ont été admis pour prise en charge de PAC. L'âge moyen était de $61,8 \pm 17,1$ ans. Le sexe ratio était de 2,8. Les comorbidités les plus fréquentes étaient la BPCO chez 65 patients (54,2%) et HTA chez 31 patients (25,8%). Le rapport gazométrique Pao₂/Fio₂ à l'admission était de 210 ± 104 (61-580). Dans notre étude, 38 patients (31,7%) ont eu recours à la VNI. Le mode ventilatoire le plus utilisé était VS-AI-PEEP chez 34 patients (92,1%). Les paramètres ventilatoires étaient : AI moyen à 12 ± 3 cmH₂O, PEEP moyenne à $5,1 \pm 1,7$ cmH₂O, Fio₂ à $54 \pm 24,4\%$. Le recours à l'intubation et la VMI a été fait chez 20 malades. L'échec de la VNI est estimé ainsi à 52,6%. Les causes de la VMI étaient : une hypoxie réfractaire chez 10 patients (50%), l'agitation chez 7 patients (35%) et l'aggravation neurologique chez 3 patients (15%). Les facteurs prédictifs du recours à la VMI étaient les scores de gravités élevés à l'admission SAPS II ($p=0.002$), APACHE II ($p=0.01$), score Fine ($p=0.04$), CURB 65 ($p=0.01$), SMART COP (0.001), l'agitation ($p=0,02$) et l'hypoxémie sévère ($p=0,031$).

Conclusion : La VNI diminue le recours à la VMI et ses complications. Néanmoins l'indication doit être discutée cas par cas parce que le retard à la VMI dans certaines situations peut être fatal.

F.C 051 COMPARISON OF NON-INVASIVE TO INVASIVE OXYGENATION RATIOS FOR DIAGNOSIS OF ACUTE RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME

K.Ben Ismail : Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghouan.

A.Falfoul : Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghouan.

F.Essafi : Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghouan.

N.Ben Slimene : Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghouan.

I.Talik : Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghouan.

T.Merhbene : Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghouan.

Introduction : Diagnostic of Acute Respiratory Distress syndrome (ARDS) includes gasometric criteria with Pao₂/Fio₂ (PF) ratios ≤ 300 . This requires invasive arterial sampling which can cause blood loss, pain and skin breaks. Pulse oximetric saturation Spo₂/Fio₂ (SF) ratio may be a reliable non-invasive alternative to PF ratio.

Objectif : To determine if non-invasive oxygenation indices, SF ratio, may be used as effective surrogates for PF ratio in ARDS.

Méthode : A retrospective comparative cross-sectional study was conducted in an intensive care unit between September 1st 2020 and December 31st 2021. We included all adult (≥ 18 years) patients diagnosed with ARDS at admission. Recorded variables included patient demographics, ventilator settings, SPO₂, PaO₂, PAO₂, SaO₂, and Fio₂. We calculated PF and SF ratio for patients. Linear regression modeling was used to quantify the relationship between indices. In fact, relationship between SF and PF ratio was described by the following regression equation: $SF = 57 + 0.6 PF$ ($P < 10^{-3}$). Receiver operating characteristic (ROC) curves were used to determine the sensitivity and specificity of the threshold values.

Résultat : Three hundred and twenty patients were enrolled. Mean age was 54.6 ± 8 years and gender ratio was 1.2. Mean SAPS II and APACHE II scores were 25.9 ± 8 ; 9.7 ± 3 respectively. Obesity (36%), diabetes mellitus (26%), hypertension (19%) and chronic respiratory pathologies (12%) were most common comorbidities. At admission, mean P/F ratio was 141.2 ± 87 mmHg, mean pH was 7.4 ± 0.4 , mean capnia was 37.6 ± 11 and mean HCO₃⁻ was 25.4 ± 6 mmol/l. Mild ARDS was diagnosed in 12 % of cases, moderate in 64% and severe in 24% of patients. Mechanical ventilation support was necessary in 96% of cases, it was invasive in 45% of cases. SF ratio could be predicted well from PF ratio, described by the linear regression models. According to the linear regression equation, a PF ratio of 300 equaled an SF ratio of 311. SF ratio threshold of 311 had 90% sensitivity and 80% specificity for diagnosis of mild ARDS. It had an excellent discrimination ability for mild ARDS (AUC = 0.92; 95%CI [0.889-0.947]). Our data met criteria only for PF ratio for mild ARDS (PF 200-300). In our study, this ratio hasn't a good discrimination for moderate or severe ARDS with AUC respectively 0.62 and 0.59. SF ratios of 285 corresponded to PF ratio of 200 and SF ratio of 160 corresponded to PF ratio of 100. Most common complications in our study were health-care associated infections (20%) and acute kidney injury (3%). Mean hospital stay was 8.6 days and mortality rate in our population was 36%.

Conclusion : PaO₂ and SaO₂ correlated in diagnosis of ARDS, with a PF of 300 correlating to an SF of 311 (Sensitivity 90%, Specificity 80%). SF ratio may allow for early real-time rapid identification of mild ARDS.

F.C 052 EXTRACORPOREAL MEMBRANE OXYGENATION DURING ACUTE RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME: EXPERIENCE AND CHALLENGES IN A MEDICAL INTENSIVE CARE UNIT

Amira Jamoussi : Réanimation Médicale Abderrahmen Mami.

Samia Ayed : Réanimation Médicale Abderrahmen Mami.

Nacef Ben Mrad : Réanimation Médicale Abderrahmen Mami.

Fatma Jarraya : Réanimation Médicale Abderrahmen Mami.

Mouna Bousnina : Chirurgie cardio-vasculaire Abderrahmen Mami.

Amine Jemel : Chirurgie cardio-vasculaire Abderrahmen Mami.

Emna Rachdi : Réanimation Médicale Abderrahmen Mami.

Jalila Ben Khelil : Réanimation Médicale Abderrahmen Mami.

Introduction : Extracorporeal membrane oxygenation (ECMO) is a life support technique that provides extracorporeal respiratory and/or cardiac support. During the COVID-19 pandemic, veno-venous ECMO was proposed for the most hypoxemic critically ill patients. However, this technique is costly, time-consuming and demanding. Trained teams can only perform it.

Objectif : We aimed to report on the pioneering experience of a medical intensive care unit with veno-venous ECMO in severe acute respiratory distress syndrome (ARDS).

Méthode : This was a single-centre, retrospective, descriptive study conducted over 26 months and including all patients admitted to intensive care for ARDS who required venovenous ECMO. Clinical, paraclinical and evolutionary characteristics were reported.

Résultat : During the study period, 14 patients were included, with a median age of 53.5 years and a gender ratio of 2.5. All had ARDS of viral infectious origin: COVID-19 (n=13) and Influenza A (n=1). Murray's ECMO eligibility score was ≥ 3 in 13 patients. The PRESERVE score was between 0 and 2 (n=5), between 3 and 4 (n=7) and 5 (n=2). The median time to placement from admission was 5 IQR [3 - 11] days and from intubation was 4 IQR [2 - 5.5] days. The figure above shows a laborious ECMO placement in a COVID-19 patient: percutaneous placement of the jugular cannula (resuscitator), surgical placement of the femoral cannula (surgeons), debulking of the circuit (perfusionist). Bleeding, infectious and metabolic complications were noted. A change of circuit was necessary in 3 patients. The median duration of this extracorporeal circulation was 7.5 IQR [3.2 - 12.2] days. Decanulation was undertaken in 3 patients. The issue was favorable in 2 patients with home discharge and recovery from functional sequelae after few months.

Conclusion : Veno-venous ECMO is a technique characterized by heavy management and a course fraught with serious complications. It is a rescue therapy for patients with refractory ARDS who have a chance of recovery.



F.C 053 LA PREMIERE SEANCE DE DECUBITUS VENTRAL EST UN FACTEUR PREDICTIF D'INITIATION DU SEVRAGE VENTILATOIRE CHEZ LES PATIENTS INTUBES ATTEINTS DE COVID-19

S.Sellaouti : Réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami de Pneumo-Phtisiologie.
A.Jamoussi : Réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami de Pneumo-Phtisiologie.
N.Ben Mrad : Réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami de Pneumo-Phtisiologie.
E.Rachdi : Réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami de Pneumo-Phtisiologie.
F.Jarraya : Réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami de Pneumo-Phtisiologie.
S.Ayed : Réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami de Pneumo-Phtisiologie.
J.Ben Khelil : Réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami de Pneumo-Phtisiologie.

Introduction : Le recours au décubitus ventral chez les patients intubés qui présentent un syndrome de détresse respiratoire aiguë dû à la COVID-19 est un moyen qui permet d'améliorer l'oxygénation artérielle en vue d'avancer vers le sevrage ventilatoire.

Objectif : Déterminer le rôle prédictif du décubitus ventral précoce dans l'initiation du sevrage ventilatoire.

Méthode : Etude analytique, prospective, monocentrique réalisée entre septembre 2020 et décembre 2021. Critères d'inclusion : patients adultes intubés pour syndrome de détresse respiratoire aiguë dû au COVID-19 qui ont été mis en décubitus ventral au cours des 48 premières heures. La pression artérielle en oxygène et le rapport PaO₂/FiO₂ ont été recueillis avant et en fin de séance du décubitus ventral. L'initiation du sevrage a été définie par l'arrêt d'au moins 48 heures de la sédation. Les patients inclus ont été divisés en deux groupes : -groupe G0 : Initiation du sevrage ventilatoire. -groupe G1 : Incapacité d'initier le sevrage ventilatoire.

Résultat : Cent-onze patients ont été inclus dans l'étude. L'âge médian était de 64[58-73] ans, le genre ratio de 2,58, le score IGSII de 30[26-35], le score APACHEII de 11[8-14]. Les antécédents d'hypertension artérielle, de diabète et d'obésité ont été retrouvés respectivement chez 41,4%, 34,2% et 38,7% des patients. La pression artérielle en oxygène (PaO₁) médiane et le rapport PaO₂/FiO₂ (R1) médian correspondant, recueillis avant la séance de décubitus ventral, étaient respectivement de 76[63-99] mm Hg et 81[63-109] mm Hg. La pression artérielle en oxygène (PaO₂) médiane et le rapport PaO₂/FiO₂ (R2) médian correspondant, recueillis en fin de séance de décubitus ventral, étaient respectivement de 134[97-175] mmHg et 170[126-220] mmHg. La différence médiane entre les deux pressions (PODiff=PaO₂-PaO₁) était de 49[11-100] mm Hg, celle entre les deux rapports (RDiff=R2-R1) était de 85[43-128].

L'étude comparative en analyse univariée est illustrée dans le tableau I. En analyse multivariée, un R2 supérieur à 151 mm Hg (OR=12,86 ; p=0,000 ; [3,339-49,53]) ainsi qu'une PDiff supérieure à 66 mm Hg (OR=6,85 ; p=0,022 ; [1,327-35,38]) étaient des facteurs prédictifs de succès d'initiation du sevrage ventilatoire.

Conclusion : Une amélioration de l'oxygénation durant la première séance de décubitus ventral avec augmentation de la pression artérielle en oxygène d'au moins 66 mm Hg en fin de séance sont prédictifs de succès d'initiation du sevrage ventilatoire.

Tableau I : Comparaison des médianes [IQR] et des pourcentages des données socio-Démographiques, cliniques, biologiques et gazométriques

Paramètres étudiés	Sevrage Initié (n=36)	Sevrage non initié (n=75)	P
Sex-ratio (H/F)	28/8 (3,5)	52/23 (2,26)	0,353
Age (ans), med [IQR]	62,5 [56-69]	64 [58-73]	0,245
HTA, n (%)	16 (44,4%)	30 (40%)	0,656
Diabète, n (%)	13 (36%)	25 (33,3%)	0,773
Obésité, n (%)	11 (30,6%)	32 (42,7%)	0,341
IGSII, med [IQR]	29[24-36]	30[26-35]	0,632
APACHEII, med [IQR]	11[8-14]	11[8-14]	0,791
PaO ₁ (mm Hg), med [IQR]	88,5[69-107]	73[61-94]	0,052
R1 (mm Hg), med [IQR]	97[68-119]	74[61-106]	0,102
PaO ₂ (mm Hg), med [IQR]	164[118-191]	124[91-159]	0,004
R2 (mm Hg), med [IQR]	194[170-240]	150[108-202]	<10 ⁻⁹
PODiff (mm Hg), med [IQR]	70[13-117]	44[10-90]	0,174
RDiff (mm Hg), med [IQR]	107[13-117]	76[19-116]	0,005

PaO₁ : Pression artérielle en oxygène avant la séance du décubitus ventral ; R1 : Rapport gazométrique avant la séance de décubitus ventral ; PaO₂ : Pression artérielle en oxygène en fin de séance de décubitus ventral ; R2 : Rapport gazométrique en fin de séance de décubitus ventral ; PDiff : Différence entre R2 et R1 ; RDiff : Différence entre PaO₂ et PaO₁.

F.C 054 SUCCES DU SEVRAGE VENTILATOIRE AU COURS DU SDRA A SARS-COV-2 : ROLE PREDICTIF DES PARAMETRES DE SURVEILLANCE VENTILATOIRE

S.Sellaoui : Réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami de Pneumo-Phtisiologie.

A.Jamoussi : Réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami de Pneumo-Phtisiologie.

N.Ben Mrad : Réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami de Pneumo-Phtisiologie.

E.Rachdi : Réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami de Pneumo-Phtisiologie.

F.Jarraya : Réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami de Pneumo-Phtisiologie.

S.Ayed : Réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami de Pneumo-Phtisiologie.

J.Ben Khelil : Réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami de Pneumo-Phtisiologie.

Introduction : La prise en charge ventilatoire des patients intubés atteints de COVID-19 requiert le monitoring des paramètres de surveillance ventilatoire en vue de pouvoir initier le sevrage ventilatoire et évoluer vers l'extubation.

Objectif : Déterminer le rôle prédictif d'échec d'extubation des paramètres de surveillance ventilatoire durant les 48 premières heures de ventilation mécanique.

Méthode : Etude analytique, prospective, monocentrique réalisée entre septembre 2020 et décembre 2021. Critères d'inclusion : patients adultes admis pour syndrome de détresse respiratoire aiguë dû à la COVID-19 qui ont nécessité le recours à la ventilation mécanique et ayant entamé un sevrage ventilatoire. Le sevrage a été défini par un arrêt d'au moins 48 heures de la sédation. Les patients inclus ont été divisés en deux groupes : -groupe G0 : échec du sevrage ventilatoire. -groupe G1 : succès du sevrage ventilatoire. Les caractéristiques clinico-biologiques, socio-démographiques et les paramètres de surveillance ventilatoire ont été recueillis puis comparés entre les deux groupes.

Résultat : Quatre-vingt-dix-neuf patients ont été inclus, 74 dans le groupe G0 et 25 dans le groupe G1. L'âge médian était de 61[51- 69] ans avec un genre-ratio de 2,09, un score IGSII de 28[24-36] et un score APACHEII de 11[8-14]. L'hypertension artérielle a été retrouvée chez 39% des patients, le diabète chez 38% des patients, l'obésité chez 33% des patients. Au premier jour, la pression de plateau médiane était de 25[23-28] cmH₂O, la pression motrice médiane de 13[12-16] cmH₂O et la compliance statique médiane de 24[20-30] ml.cmH₂O-1. Au deuxième jour, la pression de plateau médiane était de 26[24-28] cmH₂O, la pression motrice médiane de 14[11-16] cmH₂O et la compliance statique médiane de 27[22-31] ml.cmH₂O-1. L'étude comparative en analyse univariée a montré une différence statistiquement significative pour le score APACHEII (p=0,045). Elle n'a pas montré de différence pour d'âge (p=0,069), le genre ratio (p=0,960), les antécédents d'hypertension artérielle (p=0,943), de diabète (p=0,777), d'obésité (p=0,986), de score de gravité IGSII (p=0,79). Concernant les paramètres de surveillance ventilatoire, une différence significative a été notée pour la pression motrice au premier jour (p=0,003) et la compliance statique au deuxième jour (p=0,049). Aucune différence statistiquement significative n'a été notée en termes de pression de plateau au premier jour (p=0,266), de compliance statique au premier jour (p=0,095), de pression de plateau au deuxième jour (p=0,271), de pression motrice au deuxième jour (p=0,076). La comparaison entre les deux groupes est illustrée ci-joint. En analyse multivariée, une pression motrice supérieure à 12,5 cmH₂O au premier jour de la ventilation mécanique invasive était associée à un échec d'extubation (OR=0,17 ; p=0,002 ; [0,054-0,537]).

Conclusion : Au cours des 48 premières heures de ventilation mécanique invasive des patients atteints de COVID-19, une valeur élevée de la pression motrice au premier jour de la ventilation mécanique invasive est prédictive d'un échec d'extubation.

Tableau 1 : Comparaison des médianes [IQR] et des pourcentages des données socio-démographiques, cliniques, biologiques et des paramètres de surveillance ventilatoire

	Succès Sevrage (n=25)	Echec Sevrage (n=74)	p
Sex-ratio [M/F]	2,12 (17/8)	2,08 (50/24)	0,960
Age (ans), med [IQR]	57 [45-63]	63 [53-68]	0,069
HTA, n (%)	10 (40%)	29 (39%)	0,943
Diabète, n (%)	9 (36%)	28 (38%)	0,777
Obésité, n (%)	9 (36%)	24 (33%)	0,986
IGSII, med [IQR]	25 [22-34]	30 [24-36]	0,790
APACHEII, med [IQR]	9 [7-11]	11 [8-15]	0,045
Pplat1 (cmH ₂ O), med [IQR]	25 [23-28]	26 [23-28]	0,266
Pmot1 (cmH ₂ O), med [IQR]	12 [11-13]	14 [12-16]	0,003
CI (ml.cmH ₂ O ⁻¹), med [IQR]	28 [22-32]	24 [19-30]	0,095
Pplat2 (cmH ₂ O), med [IQR]	26 [23-28]	27 [24-28]	0,271
Pmot2 (cmH ₂ O), med [IQR]	11 [10-16]	14 [11-16]	0,076
CI (ml.cmH ₂ O ⁻¹), med [IQR]	29 [23-34]	25 [21-29]	0,049

Pplat1 : Pression de plateau au premier jour ; Pmot1 : Pression motrice au premier jour ; CI : Compliance statique au premier jour ; Pplat2 : Pression de plateau au deuxième jour ; Pmot2 : Pression motrice au deuxième jour ; CI : Compliance statique au deuxième jour

F.C 055 CLASSIC EXTUBATION VERSUS POSITIVE PRESSURE EXTUBATION AFTER GENERAL ANESTHESIA IN ADULTS: A PROSPECTIVE, RANDOMIZED STUDY

I.Bannour : Anesthésie réanimation EPS Mahdia.
I.Radhouan : Anesthésie réanimation EPS Mahdia.
F.Jaouad : Anesthésie réanimation EPS Mahdia.
M.Zayati : Anesthésie réanimation EPS Mahdia.
H.Attia : Anesthésie réanimation EPS Mahdia.
M.Oauz : Anesthésie réanimation EPS Mahdia.
A.Majdoub : Anesthésie réanimation EPS Mahdia.

Introduction : the occurrence of respiratory complications after general anesthesia increases patient morbidity and mortality, hospital stay, and cost of care. Studies and recommendations always aim to optimize perioperative management to ensure greater patient safety.

Objectif : In our study, we tried to determine the effectiveness of positive pressure extubation in reducing postoperative respiratory complications

Méthode : This was a prospective, randomized, single-blind study conducted at the central OR (operating room). The study population included ASA III patients scheduled for abdominal wall surgery or minimally invasive urological surgery under general anesthesia.

Patients were randomized into two groups: the classic group and the PP group where VSAI mode with a PEEP of 10 cmH₂O was applied during anesthetic awakening without disconnection of the circuit during extubation. The primary parameters collected were SaO₂ and desaturation time. Secondary outcome measures were upper airway obstruction, bronchospasm, cough, tachypnea, hypertensive peak, tachycardia, sweating, abnormal respiratory mechanics, oxygen flow, and duration.

Résultat : A total of 79 patients were included. Data related to the patient's background and surgery were comparable between the two groups. The incidence of desaturation was lower in the PP group compared to the classic group (12.8% vs. 32.5%) with a significant difference between the two groups ($p=0.037$). Our study showed that our positive pressure extubation method delayed desaturation time by about 5 times compared to the classic method (15.4 vs. 3.15 minutes) ($p=0.02$). There was no difference between the two groups in terms of the incidence of other respiratory complications.

Conclusion : Our positive pressure extubation method is a more effective method in reducing the incidence of postoperative respiratory complications and patient morbidity and mortality. It could be improved, and its effects confirmed by objective means.

F.C 056 LES FACTEURS PREDICTIFS DE LA VENTILATION MECANIQUE CHEZ LA POPULATION PEDIATRIQUE DANS UN CONTEXTE DE POLYTRAUMATISME

Zouari A : Service de médecine d'urgence et SAMU 04 CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie.
Karray R : Service de médecine d'urgence et SAMU 04 CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie.
Issaoui F : Service de médecine d'urgence et SAMU 04 CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie.
Kammoun L : Service de médecine d'urgence et SAMU 04 CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie.
Chaari A : Service de médecine d'urgence et SAMU 04 CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie.
Chakroun O : Service de médecine d'urgence et SAMU 04 CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie.
Rekik N : Service de médecine d'urgence et SAMU 04 CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie.

Introduction : Le polytraumatisme chez l'enfant représente le tiers de la mortalité infantile, et la première cause de décès après l'âge de 1 an dans le monde. La ventilation mécanique est un des piliers de la prise en charge thérapeutique des polytraumatisés.

Objectif : Nous menons cette étude afin de définir les facteurs prédictifs de la ventilation mécanique chez les polytraumatisés de la population pédiatrique.

Méthode : Il s'agissait d'une étude prospective menée sur une période de un an allant du 1^{er} août 2020 au 30 juillet 2021. Les critères d'inclusion étaient les polytraumatisés admis dans notre service durant cette période et dont l'âge était inférieur à 16 ans et chez qui une ventilation mécanique était réalisée. Une étude univariée en utilisant le test de Chi-deux était faite. Une valeur de p inférieure à 0,05 était retenue comme significative.

Résultat : Le nombre total des polytraumatisés admis dans notre service durant cette période était de 470 patients. La population pédiatrique comptait 76 patients soit 16,7%. L'âge moyen était de 7,23 ans avec des extrêmes allant de 11 mois à 14 ans. Il s'agissait de 45 filles et 31 garçons avec un sexe-ratio de 6/10. 44 patients étaient originaires de Sfax ville. Le moyen d'arrivée le plus fréquent était la protection civile, observé dans 28 cas. Il s'agissait d'un AVP (accident de la voie publique) dans 47 cas dont le mécanisme le plus fréquent était une éjection dans 37 cas. Il s'agissait d'un traumatisme fermé dans 75 cas. A l'examen clinique à l'admission, un seul patient était en ACR (arrêt cardiorespiratoire). Cinq patients étaient en état de choc hémorragique. Le score de Glasgow moyen était de 13,8. La FAST échographie était réalisée chez 39 patients et était anormale dans 8 cas. Un Bodyscan était réalisé chez 69 patients et seulement un scanner cérébral chez 4 patients. L'examen tomodensitométrique montrait que l'étage cérébral était touché dans 48 cas dont les fractures craniofaciales étaient la lésion la plus observée (37 cas). L'étage cervical était touché dans 4 cas, il s'agissait de fractures de C1 et C7. L'étage thoracique était touché dans 28 cas, la lésion la plus observée était une contusion pulmonaire repérée chez 21 patients. L'étage abdominal était lésé dans 20 cas, la lésion la plus fréquente était un hémopéritoine dans 15 cas. Un traumatisme pelvien est observé chez 3 patients. Un traumatisme rachidien est observé chez deux patients. La radiographie standard montrait un traumatisme périphérique chez 18 patients, une fracture fermée du fémur était la lésion la plus fréquente observée dans cinq cas. Sur le plan thérapeutique, douze patients étaient intubés ventilés. Les indications posées étaient une détresse respiratoire chez cinq patients, une détresse neurologique chez huit patients, une détresse hémodynamique chez cinq patients et une agitation chez deux patients. En analyse univariée, une PAS inférieure à 90 mm Hg, un score de Glasgow inférieur à 12 et une saturation inférieure à 90 % étaient des facteurs prédictifs de la ventilation mécanique ($p=0,01$).

Conclusion : Le polytraumatisme chez la population pédiatrique représente la 1^{ère} cause de décès après l'âge de 1 an une prise en charge multidisciplinaire reste indispensable dans les traumatismes graves ce qui permet de réduire la mortalité

F.C 057 A NEW COMPREHENSIVE RULE FOR SEPARATION FROM MECHANICAL VENTILATION.

Azer Yacoub : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Imen Ben Saïda : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Souha Ghachem : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Houssem Ghorbel : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Mahdi Mensia : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Khaoula Meddeb : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Radhouane Toumi : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Mohamed Boussarsar : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Introduction : Invasive mechanical ventilation (IMV), a life-saving intervention for critically ill patients, can lead to complications when prolonged. Successful weaning is a crucial step in their recovery. Spontaneous Breathing Trials (SBTs) conducted with Zero End- Expiratory Pressure (ZEEP) are commonly used to assess readiness for extubation but predicting their outcome remains challenging.

Objectif : To develop a comprehensive rule for predicting weaning outcomes, identifying patients prone to separation failure from IMV using a straightforward and practical scoring system.

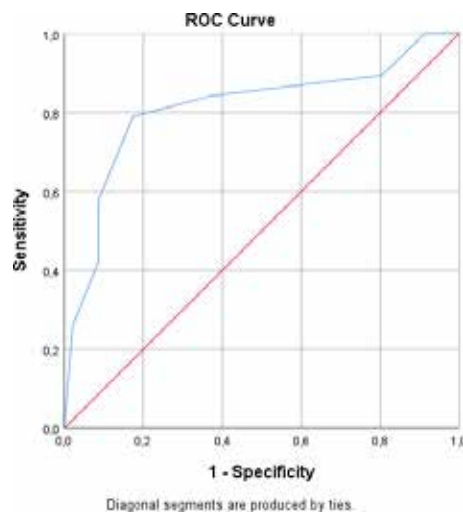
Méthode : A prospective observational study was conducted on a cohort of invasive mechanically ventilated patients who underwent a ZEEP SBT. Candidate variables for the score were parameters reflecting both the elastic properties of the lungs (Peak pressure, modified index of ventilation (O_{1m}) with peak pressure, O_{1m} with plateau pressure), the resistive properties (Expiratory volume shapes: normal or abnormal when obstructive or elastic) and dynamic parameters variations (Δ) within 10 min in Systolic Index (SI), neural drive (inspiratory time (Ti)), and respiratory mechanics (respiratory rate (RR) and tidal volume (Vt)). All ZEEP SBT were followed by extubation regardless of their results. The primary endpoint was to assess the predictive values of our score in predicting successful separation from IMV, using receiver operating characteristic (ROC) analysis.

Résultat : Of the 97 screened patients, only 61 were included in the study. Patients' characteristics were: median age, 62[38-70] years; male gender, 45(73.8%); diabetes, 19(31.1%); COPD, 36(59%); GOLD E, 36(100%); hypercapnic acute respiratory failure as the reason of admission, 33(54.1%). Twenty-four hours after the ZEEP SBT, 46(75.4%) of patients

were successfully separated from MV (extubated and remained extubated for more than 48 hours), 23(37.7%) failed separation from MV (reintubated within 48hours post- extubation). Patients in the separation failure group exhibited notably higher values for peak pressure (31[28-36] vs 25[20-29], $p=0.001$) ; higher values for Olm with peak (10[8-12] vs 7[5-10], $p=0.001$); higher values for Olm with Plateau pressure (4[3-5] vs 3.5[2.7-4.2], $p=0.002$); ΔRR (13[2-16] vs 5[1-9], $p=0.001$); ΔVt 140[30-240] vs 50[15-112], $p=0.02$); ΔSI (85[42-92] vs 34[22-52]); and

ΔTi (0.2[0-0.4] vs 0.1[0-0.2]). Notably, an abnormal expiratory volume shape was more frequently seen in the separation failure group (6(26.1%) vs 1(2.2%), $p=0.02$). For the candidates variables of the predictive score, the following cut-offs were used: Peak pressure ≥ 28 cmH₂O, Olm peak ≥ 10 , Olm plat ≥ 4 , presence of an abnormal expiratory volume shape, $\Delta RR(10 \text{ min}) > 11$ cpm, $\Delta Vt(10 \text{ min}) > 40$ ml, $\Delta SI > 40$, and $\Delta Ti > 0.2$ sec. The predictive score demonstrated good diagnostic accuracy with an area under the curve (AUC) of 0.812 (95% CI, 0.68-0.94). A cutoff value of 3.5 showed a sensitivity of 91%, specificity of 72%, positive predictive value of 86.5% and negative predictive value and 100%.

Conclusion : This study introduces a practical scoring system for predicting separation from IMV. By incorporating static and dynamic parameters, this score demonstrates high sensitivity and negative predictive value, offering a valuable tool for identifying patients at risk of weaning failure.



F.C 058 SEVRAGE VENTILATOIRE : PLACE DES ULTRASONS POUR L'ÉVALUATION DE LA FONCTION DIAPHRAGMATIQUE

A.Azaza : Service de Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghouna.
F.Essafi : Service de Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghouna.
K.Ben Ismail Khaoula : Service de Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghouna.
N.Ben Slimene : Service de Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghouna.
I.Talik : Service de Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghouna.
NZ.Jaafar : Service de Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghouna.
T.Merhbene : Service de Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghouna.

Introduction : La dysfonction diaphragmatique est souvent évoquée comme cause d'échec de sevrage de la ventilation mécanique invasive (EVS). L'exploration du diaphragme par ultrasons est une technique d'introduction récente. Son apport est encore controversé par rapport aux méthodes de référence.

Objectif : Évaluer l'intérêt de l'échographie diaphragmatique pour la prédiction de l'échec de sevrage respiratoire.

Méthode : C'était une étude prospective menée sur une période de huit mois incluant les patients qui répondaient aux critères de sevrage de la VMI. La fonction diaphragmatique a été réalisée, patient en position proclive (30°), à 30 minutes de ventilation spontanée en mode VS-AI-ZEEP. La fonction diaphragmatique a été évaluée par la mesure de l'excursion diaphragmatique (ED), la fraction d'épaississement du diaphragme et le temps déroulé jusqu'à l'amplitude inspiratoire maximale du diaphragme. Un échec de sevrage est défini par ré-introduction de la ventilation mécanique pendant les 48h suivant l'extubation. Secondairement deux groupes ont été comparé succès EVS et échec EVS.

Résultat : Durant la période de l'étude, 26 patients ont été inclus parmi 76 patients intubés. L'âge moyen était de 50 $\pm$ 10 ans. Le genre ratio était de 2,5. La principale indication de recours à la ventilation mécanique invasive était l'insuffisance respiratoire aiguë. Le sevrage a été débuté dans un délai moyen de 10 $\pm$ 5 jours. Parmi les 26 patients

inclus, 14 ont été extubés avec succès. En comparant les deux groupes, les patients du groupe succès avaient un âge plus jeune (40 ± 16 vs 60 ± 14 ans, $p=0,003$), moins de comorbidités à type de BPCO ($n=0$ vs $n=4$; $p=0,07$), et des scores de gravité plus bas. Les patients du groupe échec ont reçu plus de curares ($8j$ vs $1j$; $p=0,02$) et de corticothérapie ($9j$ vs $4j$; $p=0,01$). Le début de sevrage était significativement plus tardif chez le groupe échec ($8 \pm 3j$ vs $5 \pm 3j$; $p=0,02$). L'ED en respiration spontanée ainsi que le temps inspiratoire était plus bas dans le groupe échec ($1 \pm 0,6$ cm vs $2 \pm 0,4$ cm, $p=0,003$; $0,6 \pm 0,3s$ vs $0,85 \pm 0,35s$; $p=0,08$ respectivement). En étudiant l'index polypnée superficielle au début de l'épreuve, il était significativement plus augmenté dans le groupe échec (85 ± 46 versus 39 ± 14 cycles/min/l; $p=0,002$). En comparant la fraction d'épaississement et le RBSI en fin de l'épreuve, ceux-ci étaient similaires dans les deux groupes. En analysant les courbes ROC une ED $>1,9$ cm et un RBSI <45 l/min et un début de sevrage avant le 5^{ème} jour étaient des facteurs prédictifs de succès de sevrage de la ventilation mécanique invasive.

Conclusion : L'échographie diaphragmatique peut être un outil de surveillance pour guider le sevrage de la VMI et aider à prédire le succès de l'extubation.

F.C 059 PREDICTIVE FACTORS OF REDUCED 6-MINUTE WALK DISTANCE AMONG CRITICALLY ILL COVID-19 SURVIVORS, A PROSPECTIVE STUDY

D.Ben Braiek : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

S.Ben Mansour : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

Y.Ben Ali : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

S.Bel Haj Youssef : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

H.Zoragti : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

K.Attia : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

H.Sfar : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

A.Kacem : Pulmonology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

R.Ben Jazia : Pulmonology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

J.Ayachi : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

Introduction : Post-COVID-19 functional capacity is one of the most impaired sequelae. Identifying the underlying conditions of post-COVID-19 functional impairments, assessed with six-minute walk test (6MWT) is needed.

Objectif : To identify predictors of altered post-COVID-19 functional capacity after 6 months.

Méthode : A prospective study conducted from May to September 2021 in a medical ICU including COVID-19 acute respiratory distress syndrome (ARDS) survivors who performed 6MWT six months after discharge. Reduced 6MWT is defined by walking distance <500 meters. Univariate and multivariate analyses were used to identify factors associated with reduced 6MWT.

Résultat : Seventy COVID-19 patients were discharged alive. Among them 48(68.6%) patients performed 6MWT. At ICU admission, 38(77.6%) had moderate to severe ARDS, median Charlson score and respiratory support duration were: 0[0-1] and 6[4-8] days. Three months after discharge, 13(26.5%) patients had residual fibrosis in chest CT-scan and 11(22.4%) patients had moderate to severe baseline dyspnea (mMRC 3 or 4). Reduced 6MWT distance was found in 13(26.5%) patients. Factors associated with reduced 6MWT distance on univariate analysis were: Charlson score ($p=0.001$), moderate to severe ARDS ($p=0.038$), duration of respiratory support ($p=0.033$), mMRC3-4 ($p<10^{-3}$) and residual fibrosis ($p<10^{-3}$). On multivariate analysis, independent predictive factors of reduced 6MWT distance were: mMRC3-4 (OR, 56; 95% CI, [4.54-690.18]; $p=0.002$) and residual fibrosis (OR, 27.06; 95% CI, [2.52-290.34]; $p=0.006$).

Conclusion : In critically-ill COVID-19 survivors, mMRC 3-4 and residual fibrosis are predictive factors of altered post-COVID functional capacity measured with 6MWT.

F.C 060 DOPPLER TISSULAIRE DIAPHRAGMATIQUE : QUEL APPORT AU COURS DE SEVRAGE ?

I.SDIRI : Réanimation médicale Abderrahman Mami.

E.Rachdi : Réanimation médicale Abderrahman Mami.

F.JARRAYA : Réanimation médicale Abderrahman Mami.

S.AYED : Réanimation médicale Abderrahman Mami.

N.Ben Mrad : Réanimation médicale Abderrahman Mami.

M.BESBES : Réanimation médicale Abderrahman Mami.

A.JAMOSSI : Réanimation médicale Abderrahman Mami.

J.BEN KHELIL : Réanimation médicale Abderrahman Mami.

Introduction : La dysfonction diaphragmatique est l'une des étiologies les plus fréquentes de l'échec du sevrage de la ventilation mécanique. L'échographie diaphragmatique est une technique non-invasive de plus en plus utilisée

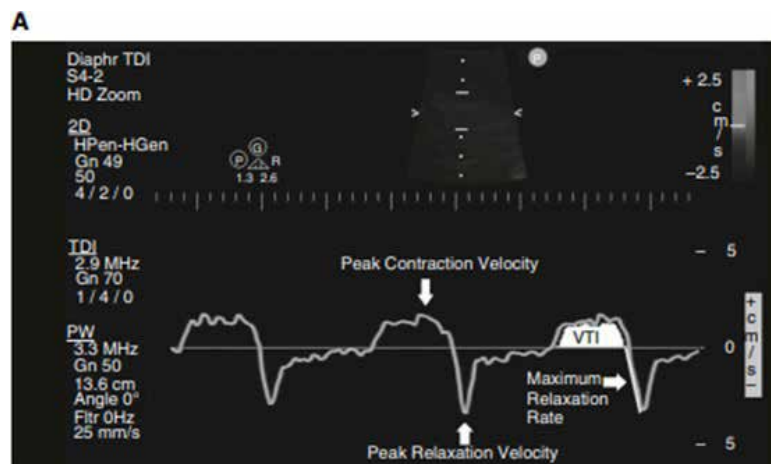
à cet effet. Cependant, l'étude de la vélocité du diaphragme en mouvement n'est pas validée. Cette dernière est possible par l'utilisation de l'imagerie Doppler tissulaire (TDI) qui est une technique écho-cardiographique largement utilisée pour explorer le cœur.

Objectif : Evaluer l'apport de la vélocité du diaphragme, mesuré par TDI, dans le sevrage ventilatoire en comparaison à l'excursion et le raccourcissement (Mode TM).

Méthode : Il s'agissait d'une étude prospective observationnelle analytique incluant tous les patients admis en réanimation médicale, ventilés en invasif plus que 48h et ayant évolué à une épreuve de sevrage avec possibilité de plusieurs inclusions par malade. Le critère de jugement était le succès de sevrage. On a recueilli les données échographiques (appareil d'échographie GE Vivid T8) à T0 et T fin (30 min et T2h pour les BPCO). Les mesures étaient faites en Mode TM pour l'excursion et l'épaississement diaphragmatique et en Mode TDI pour le Peak contraction velocity (VPC), le TDI-derived maximal relaxation rate (TDI-MRR), le Peak relaxation velocity (PRV) et le velocity-time-integral (VTI) (figure 1).

Résultat : On a recueilli 33 épreuves de sevrage pour 21 patients. L'âge moyen était de 56 ± 11 ans avec un genre-ratio de 1,5. Les comorbidités les plus rencontrées étaient l'insuffisance respiratoire chronique et l'HTA dans 39% et 30% des cas respectivement. Les motifs de recours à la ventilation mécanique invasive étaient l'échec de la VNI et la double détresse dans 37% et 30% des cas respectivement. Le succès d'EVS était noté dans 42% des cas. L'échec d'EVS était dû à un OAP de sevrage chez 30% et la cause diaphragmatique retenue dans 84% des cas. L'évolution vers l'extubation était notée chez 39% avec un relais VNI prophylactique dans 87%. Le recours à une réintubation était de 9% avec un délai de 2 ± 1 jours. Un taux de mortalité était de 42 % avec une durée moyenne de séjour en réanimation de 15 ± 5 jours. Les données échographiques ont été résumés dans le Tableau 1. L'analyse univariée a montré que la pente de relaxation était plus raide dans le groupe échec à T0 ($2,22 \pm 1,4$ vs $1,33 \pm 0,9$; $p=0,04$). L'analyse du le groupe échec a objectivé une diminution significative de PRV et TDI-MRR entre T0 et Tfin ((PRV : $1,03 \pm 1,36$ vs $0,09 \pm 0,12$; $p=0,014$) ; (TDI-MRR : $1,33 \pm 0,92$ vs $0,5 \pm 0,7$; $p<10^{-3}$) (Tableau 2 et 3).

Conclusion : Notre étude explore une nouvelle technique échographique prometteuse pour évaluer la fonction diaphragmatique. Un échantillon plus large est souhaitable pour des résultats plus pertinents et précis.



F.C 061 PRONOSTIC DES PATIENTS RÉINTUBÉS EN MILIEU DE RÉANIMATION

K.BenAhmed : Réanimation Abderrahmen Mami.

N.Ben Mrad : Réanimation Abderrahmen Mami.

E.Rachdi : Réanimation Abderrahmen Mami.

F.Jarraya : Réanimation Abderrahmen Mami.

S.Ayed : Réanimation Abderrahmen Mami.

A.Jamoussi : Réanimation Abderrahmen Mami.

J.BenKhelil : Réanimation Abderrahmen Mami.

Introduction : La ventilation mécanique invasive (VMI) est le pilier de la réanimation. Il s'agit d'une procédure complexe pouvant être entravée par plusieurs complications, notamment la réintubation qui est un évènement fréquent en réanimation, pouvant affecter le pronostic des patients.

Objectif : Décrire les caractéristiques cliniques et évolutives des patients ayant nécessité une réintubation en milieu de réanimation.

Méthode : Il s'agissait d'une étude rétrospective sur une période de 20 mois (janvier 2022- aout 2023) dans un service de réanimation. Ont été inclus les patients extubés de manière programmée ou non, et ayant nécessité la réintubation. Les données démographiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives ont été collectées et analysées.

Résultat : Durant la période de l'étude 321 patients ont été intubés et 31 (9,6%) patients ont été réintubés et inclus dans l'étude. L'analyse des caractères démographiques et clinico-biologiques des patients réintubés a montré que l'âge moyen était de 54 ± 17 ans avec un genre-ratio (H/F) de 3,42. Les médianes des scores APACHE II, IGS II et IGS III étaient respectivement de 17 ± 9 , 43 ± 19 et 63 ± 22 . Onze patients avaient des antécédents de bronchopneumopathie obstructive dont quatre au stade d'insuffisance respiratoire chronique sous oxygénation de longue durée. L'insuffisance respiratoire aigüe était le motif d'admission le plus fréquent chez 77% des patients et le motif de l'intubation chez 48%. Le délai médian d'extubation était de 6 jours. Celle-ci était programmée chez 11 patients et accidentelle chez 20 patients (une auto-extubation chez 6 patients). Dix-huit patients ont bénéficié d'une ventilation non invasive (VNI) en post extubation dont 14 VNI prophylactique. Le délai médian d'aggravation en post extubation était de $1 \pm 0,2$ jour. Elle était secondaire à une acidose respiratoire dans 20 cas et à un état de choc dans 11 cas. 9 cas de réintubation étaient en rapport avec une Neuromyopathie de réanimation. Le délai médian de réintubation était de 1 ± 1 jour avec un taux de complications secondaires de 48% toutes causes confondues. Parmi les patients réintubés, les complications locales retrouvées étaient : une trachéomalacie et une sténose trachéale chez un patient chacune. Chez les patients réintubés, la durée de séjour médiane était de 22 ± 16 jours et la mortalité était de 64%.

Conclusion : La réintubation est fréquente quand l'extubation est non programmée avec un retentissement sur la durée de séjour et sur la mortalité. Une formation du personnel de santé serait nécessaire afin de minimiser les complications et améliorer le pronostic des patients.

F.C 062 PULMONARY FUNCTION ABNORMALITIES AFTER ICU DISCHARGE AMONG COVID19 SURVIVORS, A PROSPECTIVE STUDY

Y. Ben Ali : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

S. Ben Mansour : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

D. Ben Braiek : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

S. Bel Haj Youssef : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

H. Sfar : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

H. Zorgati : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

I. Belhouchet : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

A.Kacem : Pulmonology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

R. Ben Jazia : Pulmonology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

J.Ayachi : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

Introduction : Recent studies indicated that patients recovered after COVID-19 acute respiratory distress syndrome (ARDS) could develop abnormalities in pulmonary function.

Objectif : To evaluate the changes of lung functions in intensive care unit (ICU) COVID-19 survivors.

Méthode : A prospective study performed in a medical ICU from May 2021 to September 2021 including ICU COVID-19 ARDS survivors. Patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) were excluded from the study. Spirometry was performed 3 to 6 months after ICU discharge. Restrictive ventilatory impairment was defined by total lung capacity (TLC) lower than 80%.

Résultat : Forty-five patients were enrolled. Mean age was 47 ± 10 years with male predominance in 62%. At ICU admission, patients were presented with dyspnea mMRC 3 and 4 in 37% and 24.4% respectively. High flow nasal cannula, non invasive and invasive ventilation were performed in respectively 90.9%, 15.6% and one case. Fifty-three percent of patients were discharged with long-term oxygen therapy. Forty-eight percent of patients retained baseline dyspnea after recovery, and 22.2% presented fibrosis on chest-scan. At spirometry follow-up, mean forced vital capacity (FVC), forced expiratory volume in the first second (FEV1), and (FEV1/FVC) ratio were 3.3 ± 0.8 l, 2.9 ± 0.7 l, and $89 \pm 6.8\%$, respectively. Mean Residual volume (RV) and total lung capacity (TLC) were 2.4 ± 0.6 l and 3.9 ± 0.8 l, respectively. Restrictive ventilatory impairment was found in 77.8% of cases and 11 patients (24.4%) have a vital capacity lower than 80% of the predicted value.

Conclusion : Restrictive ventilatory impairment was prevalent among ICU COVID-19 survivors. Further studies are needed to determine predictors of its occurrence.

F.C 063 LONG TERM PULMONARY SEQUELAE IN CHEST CT SCAN AMONG COVID-19 ICU SURVIVORS

H. Sfar : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
S. Ben Mansour : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
Y. Ben Ali : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
S. Bel Haj Youssef : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
D. Ben Braiek : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
H. Zorgati : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
N. Boukadida : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
A. Kacem : Pulmonology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
R. Ben Jazia : Pulmonology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
J. Ayachi : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

Introduction : Little is known about long-term pulmonary sequelae in COVID-19 acute respiratory distress syndrome (ARDS) survivors.

Objectif : To assess pulmonary sequelae after intensive care unit (ICU) discharge and to assess predictors of occurrence of fibrosis.

Méthode : A prospective study was conducted from May 2021 to September 2021 in a medical ICU. Survivors from ARDS COVID 19 were followed-up by chest computed tomography (CT) scan up to 6 six months after ICU discharge. Type of lesions and occurrence of fibrosis were collected. Univariate and multivariate analysis were performed to determine independent risk factors of occurrence of fibrosis.

Résultat : Seventy COVID-19 patients were discharged alive. Among them 48(68.6%) patients performed chest CT scan. Mean age was 48.2 ± 11.38 years with male predominance, 28(58.3%). Median Charlson score was 0[0-1]. At ICU admission, median PaO₂/FiO₂ and respiratory support duration were: 104.5[8-196.7] and 6[4-8]days. Initial damage on chest CT scan was of 50-75% in 25(52,1%) and more than 75% in 14(29,2%) cases with ground-glass opacities in 47(97,9%) and condensation in 23(47.9%). Follow-up chest CT scan findings demonstrated : improvement of lesions, residual ground-glass opacities and condensation and fibrosis were reported in respectively 47(97.9%), 32(66.7%), 8(16.7%) and 13(27.1%). On univariate analysis factors associated with fibrosis were age ($p=0,003$), Charlson ($p=0,003$), PaO₂/FiO₂ ($p<10^{-3}$) and respiratory support duration ($p=0,021$). No factor was identified on multivariate analysis.

Conclusion : Pulmonary sequelae and fibrosis are prevalent among ICU survivors. Age, Charlson, PaO₂/FiO₂ and respiratory support duration were the predictors of fibrosis occurrence.

F.C 064 ÉCHOGRAPHIE PLEURO-PULMONAIRE DANS L'ÉVALUATION DE LA CONGESTION PULMONAIRE: CORRÉLATION AVEC L'ÉCHOCARDIOGRAPHIE ET LA CLINIQUE

Mehdi : Réanimation Médicale la Rabta.
A.Trifi : Réanimation Médicale la Rabta.
Tlili : Réanimation Médicale la Rabta.
N.Azzouz : Réanimation médicale la Rabta.
M.Jemii : Réanimation Médicale la Rabta.
E.Seghir : Réanimation Médicale la Rabta.
L.Messaoud : Réanimation Médicale la Rabta.
Y.Touil : Réanimation Médicale la Rabta.
S.Abdellatif : Réanimation Médicale la Rabta.

Introduction : L'évaluation clinique et l'échocardiographie sont couramment utilisées pour évaluer la surcharge pulmonaire. Le score des lignes B (SLB) obtenu par échographie pleuro-pulmonaire est actuellement de plus en plus considéré pour suivre les patients en surcharge, sous diurétiques.

Objectif : Étudier la corrélation entre SLB et score clinique, rapport E/E' et index de collapsibilité de la veine cave inférieure pour évaluer la congestion et suivre les patients sous thérapie décongestionnante.

Méthode : Il s'agissait d'une étude transversale à quatre temps chez des patients adultes admis en USI pour œdème aigu du poumon (OAP). Les patients présentant une instabilité hémodynamique ont été exclus. Un score clinique de congestion, le ratio E/E', l'index de collapsibilité de la veine cave inférieure (IC/VCI) en plus du SLB ont été recueillis à 4 temps : T1 (à l'inclusion), T2 (après 24h), T3 (après 72h) et T4 (au jour 5). Le SLB a été obtenu en additionnant les lignes B dans chaque zone pulmonaire (12 zones du protocole BLUE).

Résultat : Vingt et un patients présentant un OAP hémodynamique ont été étudiés avec un âge médian de 64 ans, un IGSII moyen de 40. L'OAP était présent à l'admission chez trois quarts de patients et une poussée ischémique ou une mauvaise observance thérapeutique étaient les causes de décompensation les plus fréquentes. Le score clinique médian de surcharge était de 10[9-12] et le SLB médian était de 40[30-49]. Sous traitement décongestionnant, le SLB, le score clinique et le ratio E/E' ont significativement diminué contrairement à l'IC/VCI n'a pas changé. Les études de corrélations ont révélé une corrélation fortement positive entre le SLB et le score clinique de congestion ainsi que le ratio E/E' (Rho=1 dans chacune) sur les 4 temps de l'étude (Tous patients confondus) (Fig1) ; des corrélations positives entre SLB /score clinique et SLB/ratio E/E' à T0 (Rho=0,56 et p=0,008) et à J5 (Rho=0,82 et p=0,001) dans l'analyse par patient et par temps d'étude. Tous temps d'étude confondus : une corrélation a été retrouvée entre SLB et score clinique (Rho=0.75; p<10-3) et SLB et ratio E/E' (Rho=0.66; p<10-3) (Tableau)

Conclusion : Lors du suivi d'un OAP, le SLB était corrélé au score clinique et au ratio E/E' pour certains temps. Cette corrélation attribue une performance à ce score pour l'intégrer dans nos protocoles de suivi de ce type de patients.

Résultats de corrélations entre tous les paramètres mesurés

	Entre SLB et score clinique	Entre SLB et E/E'	Entre SLB et IC-VCI
T0 (à l'inclusion)	Rho=0,56 P=0,008	Rho=0,51 P=0,016	Rho=-0,32 P=0,15
T1 (H24)	Rho=0,32 P=0,15	Rho=0,37 P=0,09	Rho=0,13 P=0,55
T2 (H72)	Rho=0,42 P=0,07	Rho=0,39 P=0,1	Rho=-0,3 P=0,22
T3 (J 5)	Rho=0,82 P=0,001	Rho=0,69 P=0,012	Rho=-0,34 P=0,27

SLB : Score de lignes B, IC/VCI : Index de collapsibilité de la veine cave inférieure E/E' : pic de vitesse diastolique précoce (E) divisé par la vitesse maximale de l'anneau mitral en protodiastole (E')

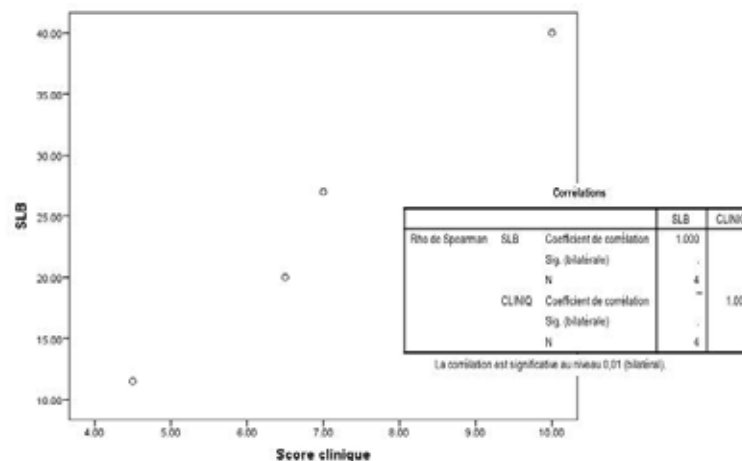


Fig1 : Corrélation SLB/Score clinique sur les 4 temps

F.C 065 SÉJOUR PROLONGÉ EN RÉANIMATION CHEZ LES BRÛLÉS : INCIDENCE ET FACTEURS DE RISQUE.

Mariam cheikhrouhou : Service de réanimation des grands brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous.

Hana Fredj : Service de réanimation des grands brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous.

Souhaila ben massoud : Service de réanimation des grands brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous.

Sarra ben zarrouk : Service de réanimation des grands brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous.

Lilha debbiche : Service de réanimation des grands brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous.

Imen eljami : Service de réanimation des grands brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous.

Bahija gasri : Service de réanimation des grands brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous.

Amel mokline : Service de réanimation des grands brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous.

Amen allah messadi : Service de réanimation des grands brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous.

Introduction : Le séjour prolongé en réanimation a une incidence allant de 4 à 11 % selon la littérature, il est associé à une majoration de la morbi-mortalité hospitalière.

Objectif : Déterminer les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et évolutives des patients brûlés ayant un séjour prolongé et d'identifier les facteurs de risque.

Méthode : Etude monocentrique rétrospective observationnelle, menée sur une année (janvier-décembre 2021) au service de réanimation des grands brûlés de Tunis. Un séjour prolongé a été défini par une durée d'hospitalisation qui excède les 14 jours (1). Ont été inclus les patients brûlés, âgés >16 ans et dont la durée de séjour >14 jours. Les données démographiques, cliniques et évolutives ont été recueillies et analysées. Ce groupe de patient de séjour prolongé a été apparié à un groupe ayant un séjour <14 jours, issu du même centre, comparable en termes d'âge, de sexe, de comorbidités, d'étendue et de gravité des brûlures.

Résultat : Durant la période d'études, 463 patients ont été admis : 46 patients avaient un séjour prolongé soit une incidence de 14,6%. La moyenne d'âge est de 43,9± 15,6 ans avec un sexe ratio est à 1,2. L'étendue des brûlures était en moyenne de 27,7 ± 14,5 % et la profondeur évaluée par le score UBS qui était à 30,5 [3,5 ;161]. Les circonstances des brûlures étaient : un accident domestique (n=26 ; 56,6%), une tentative de suicide (n=8; 17,4%) et un accident de travail (n=9 ;19,6%). Les 2 groupes long et court séjour ont été comparés: En analyse univariée, l'embolie pulmonaire, la survenue d'une insuffisance rénale aigue, d'une hémorragie digestive tout comme le développement de sepsis, de dénutrition au cours du séjour et le recours à la transfusion ont été associés à un risque significatif de prolongation de séjour avec une p<0,05. (tableau) L'analyse multivariée par régression logistique binaire a permis d'identifier des facteurs prédisposants au long séjour en réanimation : le recours à des transfusions (p=0,003 ; R=8,75 ; IC [2,06-37]), le nombre de sepsis (p=0,032 ; R=1,89 ; IC [1,05 -3,39]) et la dénutrition (p=0,02 ; R=3,37 ; IC[1,2 - 9,38]). Un nombre de sepsis supérieur à 1,5 épisode était associé à un risque significatif de prolongation de séjour (ASC=0,73 ; Sp =78,3% ; Se=63%). Le taux de mortalité du groupe séjour prolongé était considérable de l'ordre de 39,1%.

Conclusion : Chez les brûlés, l'incidence du séjour prolongé est de 14,6% avec un taux de mortalité de 39,1%. Le recours à des transfusions, la survenue de plus d'un épisode septique et la dénutrition étaient associés à un risque significatif de prolongation de séjour.

Tableau : Facteurs de risque associés à la prolongation de durée de séjour en analyse univarié

	Groupe long séjour N=46	Groupe court séjour N=46	Valeur de P
VM (n,%)	23	25	0,67
Brûlure pulmonaire (n,%)	3	7	0,18
Thrombopénie (n,%)	24	25	0,83
Lymphopénie (n,%)	37	34	0,45
Transfusion(n,%)	23	3	<0,001
SDRA (n,%)	14	8	0,14
Sepsis (n,%)	40	32	0,043
Nombre de sepsis	1[0 ;3]	2[0 ;5]	<0,001
Hypernatrémie (n,%)	14	13	0,81
Hypophosphorémie (n,%)	30	30	1
Embolie pulmonaire (n,%)	11	3	0,02
Insuffisance rénale aigue (n,%)	31	22	0,058
Hémorragie digestive (n,%)	7	0	0,012
Dénutrition sévère	27	15	0,012
Dénutrition	20	8	0,007

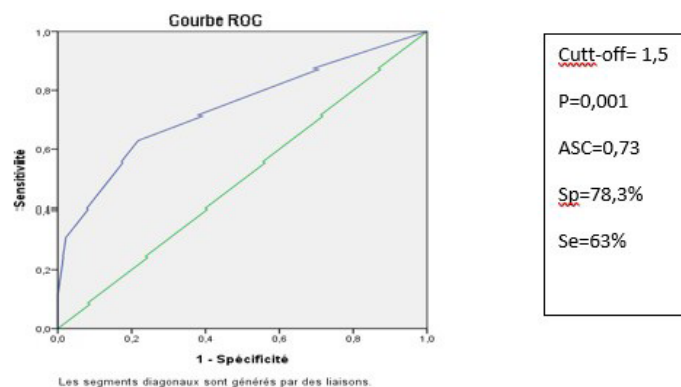


Figure : performance du nombre d'épisodes septiques dans la prédiction du séjour prolongé

F.C 066 CHRONIC CRITICAL ILLNESS CHEZ LES BRÛLÉS : FACTEURS DE RISQUE DE MORTALITÉ

Mariam cheikhrouhou : Service de réanimation des grands brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous.

Hana Fredj : Service de réanimation des grands brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous.

Souhaila ben massoud : Service de réanimation des grands brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous.

Sarra ben zarrouk : Service de réanimation des grands brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous.

Lilya debbiche : Service de réanimation des grands brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous.

Bahija gasri : Service de réanimation des grands brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous.

Imen eljami : Service de réanimation des grands brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous.

Amel mokline : Service de réanimation des grands brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous.

Amen allah messadi : Service de réanimation des grands brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous.

Introduction : Chronic Critical Illness (CCI) caractérise les patients admis en réanimation, qui au décours d'une affection aiguë, restent dépendant aux soins. Son incidence varie de 7 à 33% selon la population étudiée. Cette entité n'a pas été étudiée chez les brûlés.

Objectif : Etudier les facteurs de risque de mortalité chez les patients atteints de CCI chez les brûlés.

Méthode : Etude monocentrique rétrospective observationnelle cas-témoins sur une année (2021) au service de réanimation des grands brûlés de Tunis. Ont été inclus : les patients brûlés, âgés > 16 ans et répondants aux critères de CCI. La CCI a été définie comme une hospitalisation en réanimation > 8 jours et au moins une condition éligible sur cinq : (1) VM prolongée > 96 heures ; recours à la trachéotomie ; septicémie ou autres infections sévères ; plaies sévères et accident vasculaire cérébral ou traumatisme crânien.

Deux groupes ont été individualisés et comparés afin de ressortir les facteurs de risque de mortalité.

Résultat : Durant la période d'étude 463 admissions, 85 patients ont présenté la CCI soit une incidence parmi les adultes brûlés de 32,7%. Le genre ratio était à 1,6 avec une prédominance masculine. La moyenne d'âge était à 44±19 ans avec des brûlures étendues et profondes : une surface cutanée brûlée à 37,1±17,3% et un score UBS moyen à 57,4±50. Les antécédents étaient dominés par le diabète chez 9 patients (19%), l'hypertension chez 7 patients (14,9%) et les antécédents psychiatriques chez 7 patients (14,9%). Le taux de mortalité était de 55,3% (n=47) Afin d'identifier les facteurs de risque de mortalité, ces patients ont été divisés en 2 groupes : décédés et vivants et comparés entre eux. En analyse univariée, les principaux facteurs de risque de mortalité en cas de CCI sont illustrés par le tableau ci-dessous. En analyse multivariée par régression logistique binaire, les facteurs de risque de mortalité par la CCI chez les brûlés étaient le recours à la sédation (p<0,001 ; R= 27,7 ; IC 95% [5,1-149,4]), aux transfusions (p=0,02 ; R=10,4 ; IC 95% [1,4-74,7]) et la survenue d'insuffisance rénale aiguë (p=0,001 ; R=18,4 ; IC 95% [3,2 -105,1]).

Conclusion : Chez les brûlés, l'incidence de Chronic Critical Illness est de 32,7% avec un taux de mortalité élevé à 55,3%. Les principaux facteurs de risque de mortalité étaient le recours à la sédation et aux transfusions et la survenue d'une insuffisance rénale aiguë.

Tableau comparatif des patients CCI vivants et ceux ayant décédés : analyse univariée

	Décédés N=27	Vivants N=58	Valeur de P
Age	44±19	38±11	0,14
Sexe	1,6	1,7	0,77
SCB	37,1±17,3	30,4±15,1	<0,001
UBS	57,4±50	20,5±11,8	0,003
DB	15/55	8/50	<0,001
ABH	7 (25,9)	3 (5,2)	<0,001
DOCA	1 (3,7)	0 (0,0)	<0,001
NOCH	7/26	1/5	<0,001
APACHE II	7 (25,9)	3 (5,2)	<0,001
Asémie	47 (100%)	34 (58,6%)	0,004
Thrombopénie	40 (100%)	17 (29,3%)	<0,001
Lymphopénie	47 (100%)	28 (48,3%)	0,004
Hypocapnie	28 (63,6%)	4 (6,9%)	<0,001
Hypophosphorémie	40 (85,3%)	21 (36,2%)	<0,001
Acidose métabolique	21 (46,4%)	8 (13,8%)	0,027
Acidose métabolique	34 (76,4%)	15 (25,9%)	<0,001
Mécanisme d'entrée	11 (25,9%)	1 (1,7%)	0,008
Sédation	48 (97,9%)	11 (18,9%)	<0,001
Ventilation mécanique	48 (97,9%)	11 (18,9%)	<0,001
Transfusion	20 (42,4%)	7 (11,9%)	0,021
Intoxication pulmonaire	10 (21,7%)	1 (1,7%)	0,018
SDRA	22 (46,4%)	4 (6,9%)	<0,001
Septic	47 (100%)	34 (58,6%)	0,18
Nombre de sepsis	2 (3,7)	1 (1,7)	<0,001
Insuffisance rénale aiguë	14 (29,3%)	2 (3,4%)	0,004
Insuffisance rénale aiguë	44 (81,8%)	12 (20,7%)	<0,001

F.C 067 DECES PAR INTOXICATIONS GRAVES EN REANIMATION : ETUDE EPIDEMIO-CLINIQUE.

W. Homrani : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..
H. Ben Ghezala : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..
A. Ben Jazia : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..
H. Laranout : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..
M. Kharrat : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..
S. Rabhi : Service de réanimation polyvalente et toxicologique Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale urgente..
S. Essghaier : Service de réanimation polyvalente et toxicologique Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale urgente..
N. Brahmi : Service de réanimation polyvalente et toxicologique Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale urgente..

Introduction : La pathologie toxique est fréquemment rencontrée en milieu de réanimation. Sa gravité varie en fonction de plusieurs paramètres avec une évolution imprévisible. Bien que la mortalité par intoxication aiguë soit de l'ordre de 2%, une issue fatale reste redoutable

Objectif : Décrire les décès par intoxication grave en réanimation : le profil des patients, le toxique en cause, la présentation initiale et les différentes complications au cours du séjour en réanimation.

Méthode : Il s'agissait d'une étude rétrospective monocentrique observationnelle ayant inclus les patients hospitalisés en réanimation médicale pour intoxication aiguë entre Janvier 2019 et Aout 2023 avec une issue fatale au cours de l'hospitalisation. Le diagnostic de l'intoxication était retenu sur des données cliniques, biologiques et toxicologiques. Le recueil des données s'est fait à partir des dossiers des patients. Les données ont été rassemblées et analysées statistiquement via le logiciel Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 22.0.

Résultat : Trente cas ont été colligés d'âge médian 52 ans [16-82] avec un genre-ratio de 2/1. Sept patients étaient diabétiques et trois autres hypertendus. Soixante pour cent de ces intoxiqués n'ont pas de pathologie psychiatrique. Un arrêt cardiorespiratoire en préhospitalier ou dès l'arrivée aux urgences est survenu chez huit patients. Des convulsions ont été objectivées dans huit cas. Les principaux toxiques en cause étaient : le méthanol (n=6) et la metformine (n=2). Trois patients seulement n'ont pas nécessité le recours d'emblée à la ventilation mécanique invasive. Un état de choc initial a été constaté chez cinq patients avec une instabilité hémodynamique secondaire chez 23 patients. Pour les anomalies électrocardiographiques, sept patients avaient des troubles de repolarisations, six présentaient des troubles de conductions avec un espace QT allongé chez deux patients. Quatorze (14) patients ont développé une insuffisance rénale aiguë et dix patients une acidose lactique. Le recours aux séances d'hémodialyse était indiqué dans neuf cas. La durée moyenne de séjour était de 6 jours [1-47], avec un séjour compliqué d'une infection associée aux soins chez neuf patients. Nous avons noté aussi un arrêt cardiorespiratoire récupéré chez 11 patients, une complication thromboembolique chez deux sujets. Concernant les causes de décès, un état de choc réfractaire est responsable de 13 décès avec trois cas d'acidose métabolique sévère. Un état de mort encéphalique est constaté chez cinq patients. L'hypoxie sévère était responsable de sept décès avec une embolie pulmonaire grave chez un sujet. Deux patients étaient décédés suites à des troubles du rythme.

Conclusion : La pathologie toxique est fréquente et parfois grave. L'évolution est le plus souvent imprévisible. Une prise en charge rapide dans un centre spécialisé est nécessaire afin de limiter le taux d'une mortalité qui reste relativement évitable.

F.C 068 LEARNING INTUBATION ON AIRWAY MANNEKIN FOR BEGINNERS : VIDEOLARYNGOSCOPY TYPE MEDCAPTAIN@ VERSUS DIRECT LARYNGOSCOPY TYPE MACGRATH@

Yasmine Trabelsi : Anesthésie réanimation Mongi Slim.
Khalil Becheikh : Anesthésie réanimation Mongi Slim.
Faten Haddad : Anesthésie réanimation Mongi Slim.
Hejer Arfaoui : Anesthésie réanimation Mongi Slim.
Emna Kammoun : Anesthésie réanimation Mongi Slim.
Mhamed Sami Mebazaa : Anesthésie réanimation Mongi Slim.

Introduction : Learning intubation is challenging, especially for beginners. Simulation is an interesting approach to learn intubation. Beginners generally learn intubation with a direct laryngoscope(DL) while the videolaryngoscope (VL) is preferred to train professionals for difficult airways situations. Its interest in teaching intubation by simulation to beginners is discussed.

Objectif : The aim of this study was to determine the interest of the Medcaptain VL in reducing the time needed for intubation on a low- fidelity manikin by novice learners.

Méthode : This was a randomized cross-over study, including 35 participants, using low-fidelity airway management manikin. It is registered in Clinical Trials under number NCT05859542. We included medical students who have never practiced intubation.

Participants were randomized into two groups: 18 started the training with the VL and 17 with the LD. Each participant performed three attempts with each tool. Our primary outcome was the time to intubate at 1st attempt. Our secondary outcomes were: time to intubate at 2nd and third attempt, improvement of the time to intubate, Cormack-Lehane grade, success of intubation at first try, difficulties and participants satisfaction. We used SPSS for statistical analysis and considered $p\text{-value} < 0.05$ as significant.

Résultat : The mean age of the participants was 22.7 ± 0.63 years old. Sex-ratio was 9/26. Time needed to intubate was similar with LD and VL for all three attempts ($p=0.18$, $p=0.45$ and $p=0.1$). The improvement of time needed to intubate from 1st to 3rd attempt was $57.9 \pm 20.6\%$ with VL and $48.5 \pm 17.8\%$ with LD ($p=0.06$). The time need to intubate with the DL was significantly lower in 1st and 3rd attempt among participants who started their training with VL first ($p=0.02$ and $p=0.01$ respectively) (Table 1). There was no difference between the two groups as for the success rate of intubation at first try for all three attempts. The VL offered a better visualization of the vocal cords as we noted more Cormack-Lehane 1 grade for all three attempts in VL group ($p < 10^{-3}$, $p=0.002$ and $p < 10^{-3}$). The main difficulties encountered were the glottis and epiglottis mobilization as well as the tracheal tube manipulation. There was no difference between the two groups. The participants satisfaction with both tools was comparable.

Conclusion : The time needed to intubate was comparable between the two tools, the VL allowed a better glottis. Initiating the participants to the intubation with VL improved subsequently the time needed to intubate with the DL. It seems that the use of the VL facilitates learning intubation. More studies on a higher scale are necessary to assess the interest of VL in teaching intubation to beginners and in continuous education for professionals.

Table I: Comparison of the time needed to intubate with the 2 tools depending on whether the learners started learning with the videolaryngoscopy (VL) or with the direct laryngoscopy (DL).

Time needed to intubate (seconds)	Learners who started learning with VL* (n = 18)	Learners who started learning with DL† (n = 17)	p
Intubation by VL*			
1 st attempt	20 [15 ;36]	16 [11 ;20]	0.14
2 nd attempt	12 [9 ;16]	10 [10 ;21]	0.22
3 rd attempt	7 [5 ;9]	7 [6 ;8]	0.55
Intubation by DL†			
1 st attempt	13 [8 ;17]	22 [17 ;27]	0.02
2 nd attempt	8 [6 ;13]	15 [11 ;18]	0.24
3 rd attempt	6 [5 ;11]	11 [9 ;13]	0.01

F.C 069 BURN OUT : DIAGNOSTIC, CONSEQUENCES ET STRATEGIES D'INTERVENTION

F.TRIFA : Urgence Rabta.
M.CHROUFA : Urgence Rabta.
R.BACCOUCHE : Urgence Rabta.
A.MGHRIBI : Urgence Rabta.
R.BOUBAKER : Urgence Rabta.
H.Maghraoui : Urgence Rabta.

Introduction : Le Burnout est un syndrome préoccupant qui affecte de nombreux individus à travers le monde, il est caractérisé par un épuisement physique et émotionnel sévère causé par un stress chronique lié au travail, a des répercussions dévastatrices sur la santé mentale et physique des personnes.

Objectif : L'objectif était d'évaluer les manifestations du Burnout

Méthode : c'est une étude descriptive transversale et multicentrique dans plusieurs services des Urgences des hôpitaux de grand Tunis. Nous avons inclus sur trois mois une population médicale et paramédicale. On a évalué le burn out en utilisant le MASLACH Burnout Inventory (MBI) dans sa forme française. Il est composé de 22 items repartis en trois dimensions : neuf pour l'épuisement émotionnel, cinq pour la dépersonnalisation et huit pour l'accomplissement

personnel. Nous avons considéré comme présentant un épuisement professionnel les personnes ayant au moins 2 dimensions pathologiques. Le Burnout est considéré modéré si deux dimensions sont pathologiques. Il est considéré comme élevé si les trois dimensions sont pathologiques

Résultat : Nous avons inclus 150 patients, l'âge moyen était de 33,48 ans [22-60] ans. La majorité des participants étaient de sexe féminin, et leur expérience moyenne aux services d'urgence était de 8,15 ans. La catégorie d'ancienneté la plus représentée était celle de 1 à 5 ans, avec 36% (n=54) des répondants. 27% (n=40) présentaient un niveau modéré d'épuisement professionnel, 54% (n=81) souffraient d'un épuisement professionnel sévère. Les scores moyens d'épuisement émotionnel étaient de 31,58, variant de 0 à 54, 59,3% (n=89) présentaient un niveau élevé d'épuisement émotionnel. Les scores moyens de dépersonnalisation étaient de 15,31, allant de 0 à 30, et 67% (n=100) de nos répondants affichaient un niveau élevé de dépersonnalisation. Pour l'accomplissement personnel, les scores moyens étaient de 25,77 [0 – 48], et 60,7% (n=91) avaient un niveau bas d'accomplissement personnel. Nous avons retrouvé des associations significatives entre l'âge et l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et l'accomplissement personnel, avec des valeurs respectives de $p=0,004$, $p=0,04$, $p=0,01$. Les sujets mariés présentaient des associations statistiquement significatives avec l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et l'accomplissement personnel, avec des valeurs de $p=0,02$, $p=0,03$, $p=0,01$. La catégorie professionnelle du soignant était également statistiquement associée à un niveau d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et d'accomplissement personnel, avec des valeurs respectives de $p=0,007$, $p=0,007$, $p=0,01$.

Conclusion : La gestion du burn-out dans le domaine de la santé doit être une préoccupation réelle. Nous avons mis en évidence des liens significatifs avec divers paramètres cliniques

F.C 070 MAINTIEN DES COMPÉTENCES ET APPRENTISSAGE PAR SIMULATION : SYNDROME CORONARIEN AIGU VERSUS ARRÊT CARDIO-RESPIRATOIRE

I.Ben Taher : Service des urgences et SMUR Hôpital régional de Ben Arous.

R.Fadhel : Service des urgences et SMUR Hôpital régional de Ben Arous.

S.Rhaïem : Service des urgences et SMUR Hôpital régional de Ben Arous.

Y.Hmidi : Service des urgences et SMUR Hôpital régional de Ben Arous.

I.Chermi : Service des urgences et SMUR Hôpital régional de Ben Arous.

S.Keskes : Service des urgences et SMUR Hôpital régional de Ben Arous.

H.Ben Turkia : Service des urgences et SMUR Hôpital régional de Ben Arous.

H.Ghazali : Service des urgences et SMUR Hôpital régional de Ben Arous.

S.Souissi : Service des urgences et SMUR Hôpital régional de Ben Arous.

Introduction : L'acquisition des compétences techniques (CT) et non techniques (CNT) en situation critique est souvent problématique pour les résidents en médecine de famille (RMF). L'apprentissage par simulation semble être la technique de choix.

Objectif : L'objectif de ce travail était d'étudier la valeur didactique et le rôle de l'apprentissage par simulation par rapport aux formations classiques dans le maintien des compétences à long terme.

Méthode : Il s'agissait d'une étude prospective randomisée, incluant des résidents de médecine de famille. Deux semaines avant la séance de simulation, tous les participants ont bénéficié d'une formation théorique sur la prise en charge de l'arrêt cardiaque (ACR) et du syndrome coronarien aigu avec sus-décalage du segment ST (SCA ST+). Ils ont été répartis de façon aléatoire en 2 groupes pour recevoir une formation sur un simulateur haute-fidélité sur la prise en charge soit des ACR (groupe ACR) soit des SCA ST+ (groupe SCA ST+). Les 2 groupes ont été évalués par un scénario commun: SCA ST+ compliqués d'ACR sur FV. L'évaluation a eu lieu à T0 (le jour de la simulation) et à T1 (un mois plus tard) des CT et CNT

Résultat : Le nombre de participants à l'inclusion était: pour le groupe ACR: T0 (n=19), T1 (n=13), pour le groupe SCA ST+ : T0 (n=14), T1 (n=9). Les participants formés sur un simulateur à la prise en charge de l'ACR ou du SCA ST+ avaient des résultats significativement meilleurs à T0 (74+/-10% de réponses correctes (groupe ACR) vs 37+/-15% (groupe SCA ST+), $p<0,001$ pour le scénario ACR sur FV et 56+/-12% (groupe ACR) vs 66+/-15% (groupe SCA ST+), $p=0,03$ pour le scénario SCA ST+ avec BAV. Lors de l'étude de l'évolution des scores, le groupe SCA ST+ maintenait ses connaissances à T1 pour le scénario SCA ST+. Pour le groupe ACR, une baisse significative des scores à T1 pour le scénario ACR a été notée pour toutes les compétences sauf le contrôle de la défibrillation.

Conclusion : Le bénéfice didactique à long terme de la formation sur simulateur versus la formation conventionnelle pour la prise en charge des ACR et des SCA ST+ est confirmé. Il n'est maintenu que pour les SCA ST+, d'où l'intérêt de répéter les sessions de recyclage des compétences.

F.C 071 L'ÉTHIQUE EN PRATIQUE MÉDICALE : ÉVALUATION DES CONNAISSANCES DES SOIGNANTS

K.Ben Ismail : Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghouan.
Y.Kharat : Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghouan.
F.Essafi : Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghouan.
N.Ben Slimene : Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghouan.
B.Ben Dhia : Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghouan.
I.Talik : Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghouan.
T.Merhabene : Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghouan.

Introduction : L'éthique médicale est l'un des piliers de la pratique médicale. Cependant, peu d'études tunisiennes se sont intéressées à l'évaluation des connaissances des soignants dans ce domaine.

Objectif : L'objectif de notre étude était d'évaluer les connaissances, les attitudes et les pratiques des médecins en matière d'éthique médicale.

Méthode : Il s'agissait d'une étude qualitative longitudinale réalisée via un questionnaire diffusé auprès des médecins exerçant en Tunisie dans le secteur public ou privé. Les réponses étaient anonymes et les candidats étaient choisis d'une manière aléatoire. Il était composé de 39 items conçus via Google Forms spécialement pour l'étude.

Résultat : Soixante et une personnes ont été interrogées. Les tranches d'âge étaient représentées comme suit : 58% entre 25 et 34 ans 34% entre 35 et 44 ans et 9% au-delà de 45 ans avec un genre ratio à 1/4. Dans la population étudiée 42% étaient des résidents en médecine, 27% des médecins spécialistes, 18% dans la filière hospitalo-universitaire et 12% des médecins généralistes. La majorité des interrogés (83%) pratiquaient une spécialité médicale et 17% une spécialité chirurgicale ou médico-chirurgicale. Tous les candidats avaient déjà entendu parler de l'éthique médicale dans la faculté, 66% dans l'hôpital et 40% dans les médias. Quarante-huit médecins (78%) ont eu une formation en éthique médicale durant leur cursus universitaire et 24 (40%) étaient formés durant leur cursus professionnel. Deux tiers des candidats ne maîtrisaient pas les principes de l'éthique. Quatre-vingt pour cent des médecins avaient exprimé leur refus de donner une information erronée au patient afin qu'il adhère à un traitement et un quart étaient prêt à restreindre l'information communiquée au patient à la demande de sa famille. La moitié des interrogés étaient prêt à divulguer le secret médical. Dans le cas d'une issue présumée fatale, 40% des médecins était pour la non limitation des soins et 48% étaient contre l'euthanasie. Un quart des médecins avaient constaté une violence domestique et ils ne l'avaient pas signalée. Un quart des candidats ne maîtrisait pas la différence entre empathie et sympathie envers le patient.

Conclusion : Cette étude a permis de mettre en lumière des approches différentes de l'éthique en pratique médicale. La mise en place de lignes directrices générales à travers des formations ou des campagnes de sensibilisations pourra garantir une meilleure qualité des soins.

F.C 072 LE ROX INDEX : UN PRÉDICTEUR D'ÉCHEC D'EXTUBATION

S.Kharat : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
A.Hadded : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
M.Sagguem : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
S.Bouaziz : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
A.Smaoui : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
K.Chtara : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
M.Bahloul : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
H.Chelly : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
C.Ben Hamida : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
M.Bouaziz : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.

Introduction : Le ROX index a été récemment développé et validé dans la littérature pour prédire le risque de recours à la ventilation mécanique chez les patients atteints d'insuffisance respiratoire hypoxémiant traités par différents moyens d'oxygénothérapie.

Cependant, ce score n'a pas été utilisé pour prédire l'échec d'extubation.

Objectif : Évaluer la performance du ROX index pour prédire l'échec de l'extubation chez les patients sous ventilation mécanique invasive programmés pour extubation.

Méthode : Nous avons mené une étude prospective, sur une période de 4 mois, au sein d'une unité de soins intensifs, incluant tous les patients sous ventilation mécanique invasive qui ont eu une épreuve de sevrage planifiée. Les patients auto-extubés étaient exclus. L'échec d'extubation a été défini comme la nécessité de réintubation dans les

48h post extubation. Nous avons calculé le ROX index ((SpO2/FiO2) / FR) à H0, H1, H6, H12 et H24 de l'extubation et nous avons étudié leur corrélation avec l'échec d'extubation. Les aires sous la courbe et les caractéristiques opératoires ont été calculées pour la prédiction de la ré intubation.

Résultat : Durant la période d'étude 58 patients ont été inclus. La moyenne d'âge était de $42,6 \pm 21$ ans avec un sex ratio à 1,32. Le SAPS II moyen à l'admission était de $24,1 \pm 11$ et le score SOFA moyen était à $4,8 \pm 3$ points. Quinze pourcent de la population avaient une HTA, 13,2% avaient une cardiopathie ischémique et un seul patient avait une insuffisance respiratoire chronique. L'indice de masse corporelle moyen était à 24 ± 5 avec des extrêmes de 13 à 35. Vingt-cinq patients (41,4%) étaient ventilés pour une détresse neurologique, 12 patients (20,7%) pour une détresse respiratoire et 20 patients (34,5%) pour un acte opératoire. La durée moyenne d'intubation était de 4 ± 3 jours [1-15]. Le support ventilatoire le plus utilisé à l'extubation était le masque simple chez 94% des cas. La VNI a été utilisée chez 18 patients (31%) et l'OHD chez 3 patients (5,2%). Quatorze patients (24,1%) ont été réintubés. L'échec d'extubation a été significativement corrélé à la durée d'intubation $> 5,5$ jours avant sevrage ($p=0.06$, AUC :0.85, Se: 70%, Sp : 80%). Les valeurs moyennes du ROX index à H0, H1, H2, H6, H12 et H24 ainsi que leurs corrélations avec l'échec de l'extubation sont résumés dans le tableau 1 ci-joint. Un ROX index $\leq$ à 9,7 à H2 était un facteur prédictif de réintubation, avec une AUC à 0,8 ; une sensibilité de 76% et une spécificité de 80%. La ré-intubation a été associée significativement à un séjour plus long en réanimation (4 jours vs 21 jours ; $p<10^{-3}$) et une mortalité plus élevée (2.2% vs 42.6% ; $p<10^{-3}$;OR=32).

Conclusion : En conclusion, un ROX index $\geq$ à 9,7 à H2 post extubation pourrait être appliqué à tous les patients pour prédire le succès d'une extubation planifiée. Des études prospectives avec des cohortes plus importantes sont nécessaires pour valider nos résultats.

Tableau 1: Les moyennes du ROX index et leurs corrélations à l'échec de sevrage

H post extubation	ROX index moyen	Extrêmes	P	AUC
H0	$9,9 \pm 4,4$	[2,1-27]	0,066	0,612
H1	$11,4 \pm 5$	[4,5- 27,2]	0,013	0,8
H2	$15 \pm 6,4$	[4,5-29,2]	0,001	0,618
H6	$14,9 \pm 6,4$	[5-31,4]	0,12	0,606
H12	$16,7 \pm 8,8$	[4,2-45,7]	0,04	0,647
H24	$17,5 \pm 9,7$	[2,6-33,7]	0,109	0,729

F.C 073 IMPACT DES BRÛLURES SUR LE STATUT PSYCHOLOGIQUE ET ÉMOTIONNEL DES PATIENTS:

Ben Hammed : Réanimation des brûlés CTGB.

H.Fredj : Réanimation des brûlés CTGB.

H.Chaabouni : Réanimation des brûlés CTGB.

L.Debbiche : Réanimation des brûlés CTGB.

S.Zarrouk : Réanimation des brûlés CTGB.

I.Jami : Réanimation des brûlés CTGB.

Gasri : Réanimation des brûlés CTGB.

A.Mokline : Réanimation des brûlés CTGB.

AA.Messadi : Réanimation des brûlés CTGB.

Introduction : Les brûlures peuvent induire un triple préjudice : psychologiques, sociales et entraîner des changements dans la qualité de vie des patients [1].

Objectif : Etudier le retentissement psychologique et émotionnel des brûlures sur la vie des patients: l'estimation de soi, les attitudes et les sentiments concernant le corps et l'apparence et l'anxiété sociale.

Méthode : Etude prospective mono-centrique menée au service de réanimation des brûlés au centre de traumatologie et des grands brûlés sur une période de 1mois. Ont été inclus tous les patients âgés de plus de 16 ans suivis en ambulatoire. Ont été exclus les enfants, les patients refusant de répondre aux questionnaires ou présentant des troubles de compréhension. La qualité de vie des brûlés a été évaluée par 3 échelles (Tableau1) mesurant : Estime de soi Attitudes et sentiments concernant l'apparence L'anxiété sociale Ces derniers ont été validés dans la littérature et traduits en dialecte tunisien.

Résultat : Cent-soixante-trois patients se sont présentés à nos consultations. Trente patients ont été inclus. L'âge moyen était de 33ans [16,62]. Le sex-ratio était à 0,76. Vingt-quatre patients étaient célibataires et 6 patients mariés.

Les brûlures étaient secondaires à un accident domestique dans la majorité des cas (n=22), à un accident de travail (n=8), une agression (n=2) et une tentative de suicide (n=1). Les brûlures étaient thermiques dans 88% et électriques dans 12%. Les parties atteintes étaient : Les membres- supérieurs (90%), face(70%)et les membres-inférieurs(60%). Deux patients ont nécessité une amputation d'au moins un membre.

L'interrogatoire s'est fait après en moyenne 73 semaines [1 ; 522] des brûlures. Dix-patients cachaient les cicatrices des brûlures et dix-huit patients ont diminué leur activité sociale. Dix patients ont arrêté de travailler. Quatre-patients sont suivis pour dépression. L'estime de soi était forte dans 40% des cas, faible dans 30% des cas, dans la moyenne dans 23,3%. Il y a une corrélation entre l'estime de soi et le degré d'anxiété sociale ($p=0,028$; $r=-0,4$) et entre l'estime de soi et l'apparence physique($p=0,002$; $r=0,552$). Les patients qui ne cachaient pas les lésions et ceux qui n'ont pas arrêté leur travail après l'incident ont une meilleure estime de soi avec p respectivement à ($p=0,004$) et ($p=0,04$). Les patients dont l'activité sociale a diminué ont une meilleure image corporelle ($p=0,009$).

Conclusion : La Brûlure n'impacte pas de façon significative l'estime de soi ni la perception de l'image corporelle. Néanmoins, celle-ci est associée à une anxiété responsable d'une diminution de l'activité sociale.

<u>Echelle</u>	<u>Echelle d'estime de soi de Rosenberg(RSES)[2] :</u>	<u>Body Esteem Scale (BES)[3] :</u>	<u>Echelle de peur brève d'évaluation négative (BFNE) [4]:</u>
<u>Objectif</u>	Mesure l'estime de soi	Evalue les attitudes et sentiments concernant le corps et l'apparence	Déterminer le degré d'anxiété face à la possibilité d'humiliation, de jugement critique ou hostile et de honte par autrui
<u>Nombre d'items</u>	10 items	23 items	12 items
<u>L'alpha de Cronbach pour l'échantillon actuel</u> (estime la fidélité du score à un test)	0,74	0,92	0,85

Tableau 1 : Echelles utilisées dans notre étude

F.C 074 VENOUS EXCESS ULTRASOUND SCORE (VEXUS): USEFULNESS AND EFFECTIVENESS IN CRITICAL CARE

Ilyes Sallemi : Réanimation Médicale Abderrahmane Mami.
 Fatma Jarraya : Réanimation Médicale Abderrahmane Mami.
 Sirine Rhaïem : Réanimation Médicale Abderrahmane Mami.
 Emna Rachdi : Réanimation Médicale Abderrahmane Mami.
 Nacef BenMrad : Réanimation Médicale Abderrahmane Mami.
 Racha Ghabara : Réanimation Médicale Abderrahmane Mami.
 Samia Ayed : Réanimation Médicale Abderrahmane Mami.
 Mohamed Besbes : Réanimation Médicale Abderrahmane Mami.
 Amira Jamoussi : Réanimation Médicale Abderrahmane Mami.
 Jalila Ben Khelil : Réanimation Médicale Abderrahmane Mami.

Introduction : Point-of-care ultrasonography for hemodynamic monitoring has become standard practice in intensive care unit (ICU). The main objectives of this evaluation were intended to assess fluid responsiveness and cardiac function. However, venous congestion could be a determinant of the organ perfusion.

Objectif : The purpose of this study was to assess the usefulness of VExUS in patients with suspected venous congestion and to monitor their progress after fluid removal to assess its effectiveness.

Méthode : In August 2023, a pilot prospective observational study was conducted in an ICU. The VExUS combines inferior vena cava (IVC) diameter and venous Doppler waveform of the portal(PV), hepatic(HV) and interlobular renal (RV) veins. Inclusion criteria was: patient with IVC diameter larger than 17mm within the first week of hospitalization. VExUS: Grade 1(mild congestion): $IVC \geq 17mm$, but normal PV, HV and RV patterns; Grade 2 (moderate congestion): $IVC \geq 17mm$ with mild pattern abnormalities; Grade 3 (severe congestion): $IVC \geq 17mm$ with severe abnormality in at least 2/3 patterns. Grade 3' Patients who had their fluids removed were evaluated 24 hours later.

Résultat : Twelve patients were included. The mean age was 51,75 years old. Diabetes, hypertension and COPD were the most common pathologies in the medical history. Six patients had pulmonary hypertension, and 3 patients

were in renal failure. Ten were on mechanical ventilation and 4 in septic state. Three patients had clinical, biological, and radiological evidence of overload. All of them were classified by VExUS grade 3. One patient was classified as grade 2 and 8 patients were classified as grade 1. Among the 6 patients with pulmonary hypertension, only two had severe congestion according to VExUS. The other 4 had mild congestion. Two of the patients with severe congestion underwent hemodialysis, while the other received a course of diuretics. Fluid balance was negative in all three patients, with an average fluid loss of 2,3 liters. On ultrasound check post fluid removal, one patient had an IVC of less than 17mm, and the other two were assessed as VExUS grade 1 and 2 overload with clinical arguments for improvement.

Conclusion : This pilot study proves that VExUS is feasible and provides good results in terms of overload evaluation. It helps assess severe venous congestion, especially in patients with pulmonary hypertension, and enables monitoring of fluid removal.

F.C 075 COMPARISON OF SCORING SYSTEMS FOR MORTALITY PREDICTION IN ACUTE EXACERBATION OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

D.Ben Braiek : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

N.Boukadida : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

R.Hidri : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

Y.Ben Ali : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

S.Bel Haj Youssef : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

K.Attia : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

A.Kacem : Pulmonology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

A.Jamel : Cardiology department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

H.Belkhiriya : Cardiology department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

H.Ammar : Cardiology department bn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

A.Boufares : Cardiology department bn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

M.Kharat : Cardiology department bn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

N.Ben Halima : Cardiology department bn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

R.Ben Jazia : Pulmonology Department bn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

J.Ayachi : Medical Intensive Care Unit bn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

Introduction : Patients with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease (AECOPD) may face the immediate risks of acute respiratory failure and death. In such situations, a scoring system is extremely useful to assess the severity of exacerbation and guide therapeutic interventions.

Objectif : To compare DECAF, BAP-65, CURB-65, SAPSII, APACHE II risk scores in predicting in-ICU mortality in AECOPD.

Méthode : A retrospective analytical study was performed in a 9-bed ICU of a university hospital from October 2021 to June 2023 including patients admitted for AECOPD. Patients were scored at admission using five scoring systems: DECAF (dyspnea, acidosis, consolidation, acidemia, atrial fibrillation), BAP-65 (blood urea nitrogen, altered mental status, pulse, age $\geq$ 65 years), CURB-65 (Confusion, blood urea nitrogen, Respiratory Rate, Blood pressure, age $\geq$ 65 years), APACHE II and SAPSII. Clinical data and outcomes (invasive ventilation and mortality) were recorded. Receiver operating characteristic (ROC) curve was used to determine cut-off, and area under the curve (AUC) to compare their performance in predicting in-ICU mortality.

Résultat : Among a total of 96 patients admitted for acute hypercapnic respiratory failure, 75(78,1%) patients had an AECOPD. Mean age was 66 $\pm$ 9.5 years. They had predominantly COPD group E, 49(72.1%) and mMRC score at III and IV, 45(66.2%). On admission, median SAPSII, BAP-65, DECAF and CURB-65 scores were respectively 24[19-30], 2[1-3], 2.2[0.8-2.2], 2[1-3] and mean APACHE II score was 13 $\pm$ 6. Median Charlson index was 3[3-5]. Seventy (93.3%) patients were initially treated with non-invasive ventilation, mean HACOR score at 1-2 h was 5.7 $\pm$ 3.3. Seventeen patients (22.7%) required invasive mechanical ventilation. Median ICU stay was 7[4- 10] days. The mortality rate was 13(17,3%). Univariate analysis showed that, among severity scores, BAP-65 score was significantly associated with mortality(p=0.007) and invasive mechanical ventilation (p=0.031), APACHE II score was predictor of mortality (p=0.017). On multivariate analysis, severity score independently predictive of mortality was APACHE II (OR, 1.2; 95% CI, [1.06-1.36]; p=0.005). In ROC curve analysis, the highest AUC for mortality prediction was: for APACHE II score (AUC, 0.78; p=0.002), followed by BAP-65 score (AUC, 0.73; P=0.012). The optimal cut-off value for the prediction of in-ICU mortality were 16.5 (Se 0.67, Sp 0.86) for APACHEII and 1.6 (Se 0.83, Sp 0.53) for BAP-65. BAP-65 score was a good predictor for IMV requirement (AUC, 0.72; p=0.007) with optimal cut-off value of 1.6 (Se 0.88, Sp 0.55).

Conclusion : APACHE II and BAP-65 scores were significantly associated to ICU mortality. BAP-65 is a good predictor of IMV requirement. The routine use of these practical scores in triage of patients may guide early interventions to reduce intubation and mortality rate.

F.C 076 VECU DES PATIENTS SURVIVANTS APRES UN SEJOUR EN REANIMATION : IMPACT NEUROPSYCHIATRIQUE

A.Smiri : Réanimation médicale l'hôpital régional de ben arous.
H.Fazzeni : Réanimation médicale l'hôpital régional de ben arous.
A.Khorchani : Réanimation médicale l'hôpital régional de ben arous.
I.Fathallah : Réanimation médicale l'hôpital régional de ben arous.
N.Kouraichi : Réanimation médicale l'hôpital régional de ben arous.

Introduction : La ventilation mécanique invasive (VMI) et la sédation en réanimation sont grevées de plusieurs complications. Le vécu des patients durant le séjour et les séquelles neuropsychiatriques à la sortie chez les patients survivants sont peu étudiés.

Objectif : Notre avons mené cette étude avec comme objectif de décrire les expériences vécues par les patients sédatisés durant leurs séjour en réanimation, ainsi que les répercussions psychiatriques après la sortie.

Méthode : Nous avons mené une étude prospective descriptive sur une période de juin 2020 à juin 2023. Ont été inclus les patients hospitalisés sevrés de la VMI et mis sortants. Ont été exclus les patients décédés et ceux ayant refusé de répondre aux appels téléphoniques. N'ont pas été inclus les patients hospitalisés pour une pneumonie à SARS-CoV-2. Nous avons collecté les données cliniques des patients à partir des dossiers. Nous avons élaboré un questionnaire sur le vécu des patients durant leurs séjours et les séquelles psychiatriques qu'ils avaient gardé après leur sortie. Nous les avons contactés par appels téléphoniques.

Résultat : Nous avons colligé 26 patients avec un âge moyen de 44 ± 14 ans. Le genre-ratio était de 1,9. L'antécédent le plus fréquent était l'épilepsie ($n=8$). La durée médiane de sédation était de 7 [4-17] jours. Le délai médian de sevrage de la VMI était de 10 [6-19] jours. La durée médiane du séjour était de 12 [6-25] jours. La sédation était entretenue par du fentanyl et du midazolam. Les doses médianes étaient respectivement de 40[27-40] $\mu\text{g}/\text{h}$ et 35[20-52] mg/h . La moitié des patients ont présenté un syndrome de sevrage nécessitant le recours au chlorpromazine, au clonazépam et à l'halopéridol. Les patients rapportaient durant le séjour des hallucinations et des rêves étranges dans la moitié des cas. Onze patients se rappelaient des sons des scopes. Trois patients entendaient des conversations durant de la période de sédation. A l'arrêt de la sédation, la confusion était rapportée par 14 patients. Une désorientation temporelle avec une anxiété étaient présentes dans la moitié des cas. La douleur était rapportée par 15 patients. Une note moyenne de 3,75 /10 était accordée par les patients sur leur expérience en réanimation. Après le séjour, un état de stress post traumatique était évoqué chez 10 des interrogés. Sept sont suivis par un psychiatre et six étaient mis sous traitement psychiatrique. Il y'avait un retentissement professionnel chez huit patients avec un arrêt de travail dans deux cas et un reclassement chez six autres. Quatorze patients gardent des escarres. Douze survivants ont des troubles sexuels avec un retentissement sur de la vie conjugale.

Conclusion : Cette étude a permis de mieux comprendre les expériences vécues par les patients sous sédation, ainsi que les séquelles psychiatriques après la sortie. Une approche centrée sur le soutien psychologique et la communication avec le patient pourraient améliorer son vécu.

F.C 077 L'ARRÊT CARDIO-RESPIRATOIRE SIMULÉ EN CAISSON HYPERBARE : UN CHALLENGE POUR LES FORMATEURS.

Dr Aïcha Rebai: Service réanimation HMPIT
Dr Mayssa Daiki: Service anesthésie HMPIT
Dr Raja ben Sassi: Service OHB HMPIT
Dr Walid Samoud: Service réanimation HMPIT
Dr Chihebeddine Romdhani : Service réanimation HMPIT
Dr Hedi Gharsallah : Service OHB HMPIT
Dr Mustapha Ferjani: Service réanimation HMPIT

Introduction : L'arrêt cardio-respiratoire (ACR), urgence médicale où chaque seconde compte dans la survie du patient, impose une prise en charge spécifique dans les environnements spécialisés comme les chambres hyperbares, où l'ergonomie, la communication et l'atmosphère riche en oxygène, représentent un défi complexe.

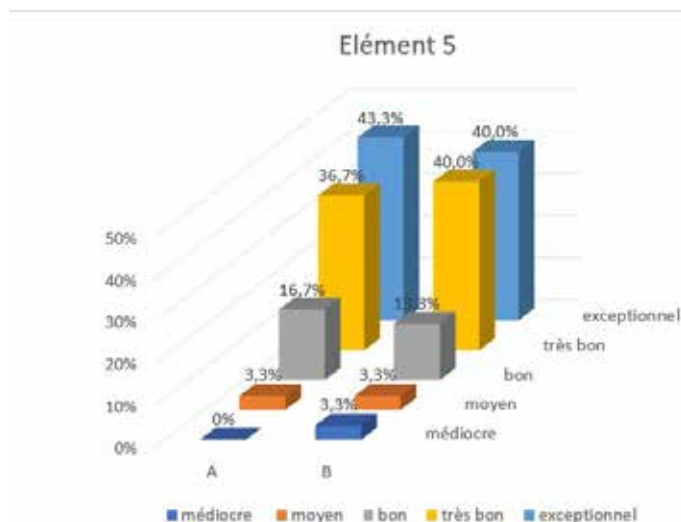
Objectif : Etude descriptive, observationnelle qui vise à décrire le degré de satisfaction des apprenants et l'efficacité du débriefing d'une séance de simulation haute-fidélité (SHF) dans un caisson d'oxygénothérapie hyperbare simulé.

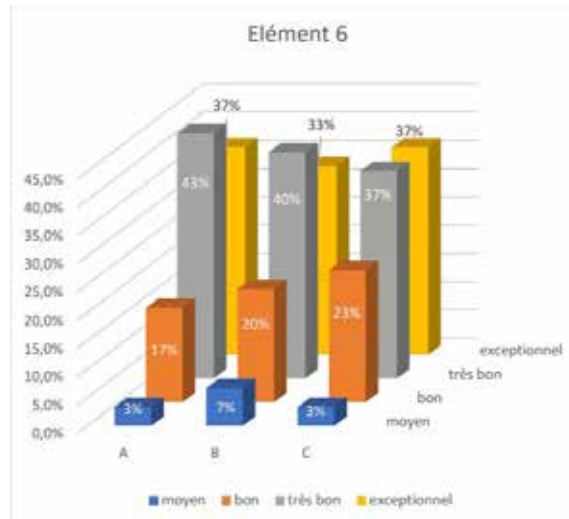
Méthode : Deux séances de SHF sur le thème de l'ACR a été préparée et mise en place selon les normes de déroulement classique en 4 temps : briefing général, spécifique, scénario puis débriefing via un mannequin Sim-man 3G. Après avoir défini nos objectifs pédagogiques techniques et non-techniques, et développé nos points majeurs à

débriefing, nous avons assuré la mise en place d'un environnement similaire à la réalité grâce à la réalisation d'un faux caisson avec un système audio-visuel mimant les bruits de compression et de décompression. Deux questionnaires : satisfaction apprenants et évaluation débriefing ont permis le recueil anonyme des données.

Résultat : Nous avons colligé 60 questionnaires, avec un sexe ratio des apprenants à 1,85 (21 femmes/39 hommes). La moyenne d'âge était de 44,6 ans avec une médiane à 40,5. Moins de la moitié des apprenants avaient déjà participé à une séance de simulation haute-fidélité, 39/60 n'ont jamais participé alors que 10 d'entre eux étaient des formateurs-experts. La majorité d'entre eux (54/60) n'avaient jamais participé à une séance de simulation avec caisson hyperbare-extra sites professionnels et aucun n'avait vécu l'exercice dans un caisson simulé. Tous les participants étaient globalement satisfaits de la séance de simulation, notamment concernant les informations techniques relatives à l'utilisation du défibrillateur dans pareil contexte. Tous ont jugé le réalisme de l'environnement comme étant plus que satisfaisant. De même tous les participants avaient trouvé la séance enrichissante et intéressante, alors que quatre d'entre eux uniquement ont jugé cette séance non-indispensable et deux ont affirmé qu'elle n'aura pas d'impact sur leur vie professionnelle. Concernant l'évaluation de la qualité du débriefing basé sur le Debriefing assesment of simulation in healthcare (DASH), il a été rapporté que le climat pédagogique et d'apprentissage instauré a été jugé très bon voire exceptionnel, de même que la séquence et la structuration de la discussion. La figure 1 détaille le 5^{ème} élément du DASH, qui se focalise sur la capacité du formateur à mettre en lumière les atouts des participants. L'expérience et la maîtrise du sujet par le formateur a semblé excellente, correcte ou moyennement satisfaisante, dans respectivement 73%, 20%, 6,7% des cas (Figure 2).

Conclusion : L'introduction d'un caisson hyper-bare simulé, manifestement avant-gardiste, avait pour dessein d'aligner la simulation hors site avec les conditions réelles in-situ. Le débriefing, pilier fondamental de la simulation a été évalué via l'instrument DASH permettant ainsi d'identifier les pistes d'amélioration des formateurs.





F.C 078 LEARNING CURVE OF INTUBATION BY VIDÉOLARYNGOSCOPY AMONG YOUNG DOCTORS IN THE EMERGENCY DEPARTEMENT

Bahri badra : Réanimation hopital HABIB Thameur.
Sedghianiines : Réanimation Habib THameur.
Elhechmi youssef zied : Réanimation Habib Thameur.
Touj Hajer : Réanimation Habib Thameur.
Borsali Nebiha : Réanimation Habib Thameur.

Introduction : Orotracheal intubation by videolaryngoscopy (OTI) is becoming an essential skill to acquire and has demonstrated its usefulness during the covid-19 pandemic

Objectif : The purpose of our study was to assess the learning curve of intubation by videolaryngoscopy among young doctors practicing in the emergency departement (ED).

Méthode : Monocentric prospective study. Inclusion of residents practicing in the ED and novices in direct laryngoscopy. We scheduled a procedural simulation session whose theme was announced in advance. We carried out a theoretical and practical evaluation before and after the session. The primary endpoint was the rate of intubation failure after learning session defined by the presence of the following two criteria: a time elapsed between the insertion of the blade and the verification of the correct positioning of the intubation tube more than 120 seconds or esophageal intubation. Selective intubation was considered successful intubation in this study.

Résultat : Inclusion of 32 residents. The mean age was 28 ± 2.5 years. Sex ratio at 0.18. The mean exercise seniority was 1.53 ± 0.7 years. 63% of learners were in their first year of training. The rate of intubation failure before and after the training was n (%): 28 (87.5) vs 9 (28%) after the training ($p=0.02$) with an average time of OTI (seconds) respectively of 149.81 ± 108 sec vs. 51 ± 96 sec ($p=0.005$). The number of esophageal OTI was: n (%) of 16 (50) vs 9 (28) ($p=0.49$) and the mean number of attempts was 3.81 vs 1.84 ($p=0.01$) before and after training. In multivariate analysis Intubation time is a predictive factor of intubation failure ($p=0.001$); OR IC 95% = 1, 44 [1,18-10,69]. Another factors analysed but found not stastically significative (sex $p=0.52$; speciality ; $p=0.86$; OTI failure before training $p=0.882$; compliance with differant steps ; $p=0.96$). We performed a learning curve to study the impact of our learning session on intubation time and we noticed that for the majority of learners intubation time is lower after learning session. Intubation time was higher after the session for 3 learners and the same for 2 learners

Conclusion : Learning the intubation by videolaryngoscopy by procedural simulation in the ED has led to a significant reduction of the time required for OTI and number of attempts. Intubation time more than 12 seconds is an independent factor predicting intubation failure.

F.C 079 EPIDÉMIOLOGIE DES ACCIDENTS D'ÉLECTRISATION AUX URGENCES : EXPÉRIENCE D'UN CENTRE TUNISIEN.

Rim Karray : Urgence habib bourguiba sfax.
Folla Mechri : Urgence habib bourguiba sfax.
Hanan Drira : Urgence habib bourguiba sfax.
Salem Imen : Urgence habib bourguiba sfax.
Issaoui Fadhila : Urgence habib bourguiba sfax.
Mallek Meriem : Urgence habib bourguiba sfax.
Kamoun Leila : Urgence habib bourguiba sfax.
Chakroun Olfa : Urgence habib bourguiba sfax.
Chaari Adel : Urgence habib bourguiba sfax.
Rekik Noureddine : Urgence habib bourguiba sfax.

Introduction : De nos jours, l'électricité demeure une mine d'énergie incontournable et universelle qui impacte amplement la culture et la vie humaine. Cette omniprésence avait certainement un prix à payer qui n'est autre que l'accroissement du taux des blessures électriques malgré l'évolution spectaculaire des mesures de sécurité dans ce domaine. L'objectif de notre étude a été de décrire le profil épidémiologique des victimes d'électrification admis aux urgences.

Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive menée sur une période de 04 ans (du 1^{er} janvier 2018 au 31 décembre 2021) au service des urgences et SAMU 04 du centre hospitalo-universitaire Habib Bourguiba de Sfax. Nous avons inclus tous les patients qui se sont présentés notre service pour un accident d'électrification.

Résultat : Nous avons colligé 118 patients dont 7 (6%) ont été victimes d'une électrocution et 111 victimes d'électrification. L'âge moyen a été de 26.75 ans avec des extrêmes ont été de 01 an et 68 ans. Nous avons constaté 2 pics de fréquence des AE chez les adultes (53% n=63) et les enfants (31%, n=36) et une nette prédominance masculine (72%, n=85) avec un sex-ratio H/F de 2,58. Il s'agit le plus souvent de métier de journalier (maçon, électricien, agriculteur, femme de ménage) (22%), d'enfants scolarisés (21%) ou à l'âge préscolaire (12%). Cent un patients (86%) étaient sans antécédents médico ou chirurgicaux notables. Deux femmes ont été enceintes. Nous avons noté une augmentation du nombre des AE pendant le weekend (32%) et l'été (41%). Le délai moyen de consultation a été de 4 heures. Un tiers des patients (36.4%, n=43) ont consulté dans un délai inférieur ou égal à une heure. Plus que la moitié des patients (58%, n=68) sont arrivés à l'hôpital par leurs propres moyens, et 39% ont été ramenés par une ambulance type A ou B. 64% des AE (soit n=75) ont survenu dans un contexte d'accident domestique et 28% (soit n=33) dans un contexte d'accident de travail. Les accidents domestiques ont survenu plus fréquemment suite à un contact accidentel avec une source d'électricité (44%), une manipulation imprudente d'un appareil électrique sous tension (20%) ou une activité de bricolage (15%). Il s'agit d'une électricité domestique dans 87% des cas (n=87), une électricité industrielle dans 11% des cas (n=13) et une électricité naturelle dans 2% des cas. Deux sujets ont été victimes d'un accident d'électrification par coup de foudre, l'une par éclair latéral et l'autre par tension de pas. Mis à part ces 2 victimes, tous les patients ont été électrisés par un courant électrique de type alternatif. La tension du courant électrique était de 220V dans 86.4% des cas (n=102) et de 380V dans 10% des cas (soit n=12). L'intensité a été inférieure à 20 mA dans la quasi-totalité des cas (98%). Dans les 2/3 des cas (67%, n=79) les patients ont signalé un contact direct avec le courant électrique. La durée de contact a été estimée de quelques secondes selon les patients. La surface de contact a été plus fréquemment rapportée au niveau des extrémités (69%, n=82) et introuvable dans 25% des cas (n=30). Trente pour cent des patients ont rapporté un contexte d'eau ou d'humidité au moment de l'électrification. Aucun patient n'a rapporté le port de gants même au cours des accidents de travail. Les deux mécanismes les plus fréquemment rapportés par les patients ont été la notion de traumatisme ou l'éjection et les brûlures.

Conclusion : L'éducation ainsi que la sensibilisation des gens aux dangers des accidents électriques est essentielle. Il est important d'enseigner les gestes de base pour survivre à un AE. Cette éducation devrait être intégrée dans les programmes scolaires et promue dans les familles. Les pouvoirs publics et les médias ont un rôle essentiel à jouer dans ce domaine

F.C 080 KNOWLEDGE, ATTITUDE, PRACTICE, AND BARRIERS TOWARD RESEARCH AMONG ANESTHESIA AND INTENSIVE CARE RESIDENTS IN TUNISIAN UNIVERSITY HOSPITAL CENTERS: A CROSS SECTIONAL QUESTIONNAIRE BASED SURVEY

I.Bannour : Anesthésie réanimation EPS Mahdia.
Y.Jaafar : Anesthésie réanimation EPS Mahdia.
N.Boujday : Anesthésie réanimation EPS Mahdia.
M.Zayati : Anesthésie réanimation EPS Mahdia.
H.Hamouda : Anesthésie réanimation EPS Mahdia.
M.Oauz : Anesthésie réanimation EPS Mahdia.
A.Majdoub : Anesthésie réanimation EPS Mahdia.

Introduction : Participation in medical research is essential to the training of medical residents. It provides an opportunity for continuous learning and enhancement of clinical skills. The influence of this participation on residents' training and decision-making remains a topic of interest within the medical community.

Objectif : This study aims to explore the role of medical research in anesthesia and intensive care resident training, and to identify best practices for optimizing this aspect of medical education.

Méthode : We conducted a prospective, randomized, controlled, and double-blind study, including a total of 391 anesthesia and intensive care residents aged between 23 and 36 years. Data collection was based on a validated questionnaire assessing the knowledge, attitudes, and practices of medical research. The questionnaire comprised 10 sections: identification, engagement in medical research, research knowledge, access to information, perception of medical research, hospital-university career, research practice, research-related grants or scholarships, motivation, and barriers/suggested solutions.

Résultat : The average age of participants was 28.78 years. Female participant represented 54.1%. Fourth year of training residents represented 30.1%. Only 10 participants having professional experience abroad and 70 residents having a relative in a hospital- university position. A moderate level of English was provided in the majority of cases, and more than half of the participants had attended a diploma-awarding training (56.1%). Limited knowledge in research aspects was observed. The most commonly used search engine was PubMed (65.8%). Several difficulties were faced, including issues with search engine use (25.5%), access to scientific journals (70.4%), understanding scientific terms (10.7%), finding a supervisor, insufficient methodology training, inadequate supervisor support and only 10 residents had received dedicated research grants.

Conclusion : Continuous medical learning via participation in medical journals has a number of shortcomings. It is therefore essential to improve these participations in order to integrate them efficiently into medical education.

F.C 081 BIENTRAITANCE PRACTICES EVALUATION IN A TEACHING TUNISIAN HOSPITAL: STATE OF THE ART

Selsebil Melliti : Réanimation médicale Abderrahmen Mami.
Amira Jamoussi : Réanimation médicale Abderrahmen Mami.
Emna Rachdi : Réanimation médicale Abderrahmen Mami.
Fatma Jarraya : Réanimation médicale Abderrahmen Mami.
Nacef Ben Mrad : Réanimation médicale Abderrahmen Mami.
Samia Ayed : Réanimation médicale Abderrahmen Mami.
Jalila Ben Khelil : Réanimation médicale Abderrahmen Mami.

Introduction : Over the last decade, questions have been raised about care ethics in healthcare institutions. In Tunisia, the good- treatment, better known by its French equivalent "bientraitance", is an unknown concept and not yet studied.

Objectif : To conduct a survey among the staff working at our hospital in order to assess professional behavior and institutional policies regarding "bientraitance".

Méthode : This was a quantitative, descriptive, cross-sectional and correlational study. It was conducted over a two-month period and included 251 health workers from 10 specialties and 13 services. An epidemiological data sheet and 2 self-administered and validated HAS questionnaires were used. Data were processed and analysed using SPSS 19 software.

Résultat : Among questionnaire respondents, 71% reported that there was no practical guide of “bientraitance” and 43% have never taken part in training on ethics or “bientraitance”. The evaluation of professional practices showed that: 67% of the population did not regularly request consent from their patients and 44% did not respect their choices. Patients are not always informed about their care plans according to 83% of participants. This statement is thought by 65% of them to be related to misunderstanding of the delivered information. Fifty-six % of participants have stated the absence of psychological and social support for patients; in addition, half of the population surveyed confirmed that patients did not always receive pain treatment and 34% deny the delivery of therapeutic education programs. The evaluation of institutional procedures highlighted the following facts: the non-integration of “Bientraitance” in the institute’s project according to 57% of administrative staff, the absence of preventive action against the mistreatment according to 71% of them and the absence of “Bientraitance” in the training plan of health professionals (54%). The exploration of the factors associated to these statements demonstrated several significant correlations: between the patient’s information and his reception ($r = 0.415$), between providing clear information, understandable and adapted for the patient and the coordination between care teams ($r=0.565$); and between the proposal of adaptations to the personal constraints of caregivers and the organization of the speaking spaces dedicated to employees ($r= 0.642$).

Conclusion : This survey highlights several gaps between professional practices in Abderrahmen Mami hospital and the “Bientraitance” recommendations. This inventory will serve as a starting point for improving the quality of care by promoting Bientraitance.



F.C 082 CHATGPT 3.5 AND GOOGLE BARD, THE NEW MEDICAL DOCTORS' TOOL AND ITS ACCURACY FOR MEDICAL DIAGNOSES

F.Z.Gamara : Réanimation médicale hôpital Habib Bougatfa de Bizerte.

H.Glai : Réanimation médicale hôpital Habib Bougatfa de Bizerte.

J.Guissouma : Réanimation médicale hôpital Habib Bougatfa de Bizerte.

H. Allouche : Réanimation médicale hôpital Habib Bougatfa de Bizerte.

I. Trabelsi : Réanimation médicale hôpital Habib Bougatfa de Bizerte.

H.Ben Ali : Réanimation médicale hôpital Habib Bougatfa de Bizerte.

H.Ben Hassine : Réanimation médicale hôpital Habib Bougatfa de Bizerte.

A. Hmaidi : Réanimation médicale hôpital Habib Bougatfa de Bizerte.

I. Klai : Réanimation médicale hôpital Habib Bougatfa de Bizerte.

L.Kanoun : Réanimation médicale hôpital Habib Bougatfa de Bizerte.

M.Samet : Réanimation médicale hôpital Habib Bougatfa de Bizerte.

H. Brahmi : Réanimation médicale hôpital Habib Bougatfa de Bizerte.

H. Ghadhouna : Réanimation médicale hôpital Habib Bougatfa de Bizerte.

Introduction : Medical diagnosis is increasingly sought on the internet by everyone. Artificial intelligence models as ChatGPT and GoogleBard, make it easier as it answers any question and accepts a whole presentation of medical cases based on symptoms and exams' results.

Objectif : Therefore, we aimed to test ChatGPT3,5 and GoogleBard for diagnosis' accuracy by comparing it with medical doctors' decisions.

Méthode : This was a prospective study, conducted from July first to August 31st 2023 including all patients hospitalized in a Medical Intensive Care Unit. Medical cases' presentations were itemized with clinical exams, biological and imaging results. We tested the ability of CHATGPT and GoogleBard to determine the initial medical diagnoses based on patients' clinical cases and different exams' results made on admission, by comparing them with doctors' ones. ChatGPT and GoogleBard were queried with the phrase "What are the most likely diagnoses for this patient?" followed by the full texts' clinical cases vignette. We used ChatGPT version 3.5 and GoogleBard's latest version.

Résultat : We included 39 patients. Mean age was 56 years old (with a minimum of 11 years old and a maximum of eighty-six years old). Gender ratio was 1.78. CHATGPT suggested an average of five diagnoses for each clinical case. These ones were all mentioned by the medical staff for all cases. In 18 cases, doctors had suggested more diagnoses than CHATGPT did, with at least one more diagnosis and a maximum of three further ones. Besides, we had eight patients without having defined a clear diagnosis. Doctors suggested more diagnoses than CHATGPT did for these eight cases (between one and three further ones). ChatGPT enunciated at least three suggestions with an average of four diagnoses. The Chatbot suggestions were among doctors' propositions in five cases. In three cases it mentioned different diagnoses than those proposed by the doctors. While looking for them, none of them was confirmed: it was about enunciating etiologies that were not matching the cases. In addition; in ten cases, doctors suggested diagnoses that were not firstly enunciated by the Chatbot but directly approved by it once asked about. GoogleBard gave no answer for none of the medical cases replying by the advice of consulting a doctor.

Conclusion : ChatGPT and GoogleBard performance assessment highlights that artificial intelligence might be a good tool for human medical decision support, but still should be used with caution, as itself states: "it cannot and shall not replace a human medical doctor".

F.C 083 L'INTOXICATION MÉDICAMENTEUSE AIGUE AUX URGENCES: FACTEURS PREDICTIFS D'HOSPITALISATION

S.Ben Mansour : Réanimation médicale hopital région de mahres.

A.Azaza : Réanimation médicale hopital région de mahres.

S.Temani : Réanimation médicale hopital région de mahres.

I.Glenza : Réanimation médicale hopital région de mahres.

F.Zouari : Réanimation médicale hopital région de mahres.

M.Smaoui : Réanimation médicale hopital région de mahres.

R.Allala : Réanimation médicale hopital région de mahres.

F.Madhioub : Réanimation médicale hopital région de mahres.

Introduction : L'intoxication médicamenteuse aiguë engendre fréquemment des visites aux urgences et des hospitalisations en réanimation. Ce défi de santé publique persiste mondialement, suscitant des inquiétudes liées à sa gestion et aux conséquences en termes de morbi-mortalité, malgré sa reconnaissance ancienne.

Objectif : Connaître la population qui se rend aux urgences pour intoxication médicamenteuse aigue et rechercher des facteurs prédictifs d'hospitalisation.

Méthode : Etude prospective sur une période de 30 mois (01/07/2019 – 31/12/2021). Nous avons inclus tous les patients admis dans un tableau d'intoxication médicamenteuse aigue déclarée par le patient lui-même, par la famille ou selon les données cliniques et/ou toxicologiques.

Résultat : Nous avons recensé 41 patients. L'âge moyen a été de 21.6 ± 9 ans avec une prédominance féminine. Dans la majorité des cas ont été des intoxications volontaires (87.8%), pluri-médicamenteuse dans plus que la moitié des cas (53.7%). Le paracétamol en était le médicament le plus rencontrée (65.9%). A l'admission le GCS était entre 13 et 15 dans 87.8% des cas. Un patient (2.4%) était en état de choc. Une détresse respiratoire a été notée chez 2 patients (4.9%). Sur le plan thérapeutique, 5 patients (12.2%) ont été intubés. 2 patients (4.9%) ont été mis sous catécholamines. Le lavage gastrique a été pratiqué dans 34.1% des cas et le charbon activé dans 56.1% des cas. 15 patients soit 36.6% des cas ont bénéficié d'antidote spécifique. 17 patients ont été hospitalisés (41.5% des cas). Les facteurs prédictifs indépendants d'hospitalisation ont été l'intoxication pluri-médicamenteuse (OR= 3,3 ; IC95% [2.6 – 6.7] ; p= 0.031), l'atteinte de la dose toxique (OR= 1.7 ; IC95% [1.1-3.5] ; p= 0.04), l'intoxication au paracétamol (OR= 1.4 ; IC95% [1.2 – 2.7] ; p= 0,02), l'intoxication aux antidiabétiques oraux (OR = 1.1 ; IC95% [1.1 – 2.8] ; p= 0,01), l'intoxication aux anxiolytiques (OR= 1.9 ; IC95% [0.8 – 3.2] ; p= 0,02), le myosis (OR= 1.2 ; IC95% [1.2 – 4.2] ; p= 0,043), les convulsions (OR= 1.3 ; IC95% [0.8 – 2.1] ; p= 0,001), la bradycardie sinusale (OR= 1.3 ; IC95% [0.7 – 2.7] ; p= 0,031) et les troubles de la conduction (OR= 1.8 ; IC95% [1.4 – 4.2] ; p= 0,02).

Conclusion : L'ensemble de ces résultats souligne le nombre majeur d'hospitalisations potentiellement évitables. Un diagnostic précoce et un traitement approprié peuvent sauver des vies. Le schéma général d'intoxication dans différentes régions est important.

F.C 084 ENVENIMATION SCORPIONIQUE EN MILIEU DE REANIMATION ETUDE EPIDIMIOLOGIQUE CLINIQUE ET PARACLINIQUE

S.Temani : Réanimation médicale hopital région de mahres.

I.Glenza : Réanimation médicale hopital région de mahres.

R.Allala : Réanimation médicale hopital région de mahres.

M.Smaoui : Réanimation médicale hopital région de mahres.

F.Zouari : Réanimation médicale hopital région de mahres.

F.Madhioub : Réanimation médicale hopital région de mahres.

Introduction : les envenimations scorpioniques est un accident fréquent pouvant avoir des conséquences graves et constitue un problème de santé publique dans différents pays du monde dont la Tunisie, en particulier le sud tunisien.

Objectif : connaître l'épidémiologie et la présentation clinique et paraclinique des envénimations scorpionique

Méthode : Nous avons mené une étude rétrospective, descriptive couvrant une période de sept ans, allant du 13 juillet 2017 au 29 août 2023. Cette recherche a été réalisée au sein de service de réanimation médicale. Nous avons inclus tous les consultants aux urgences pour une envenimation scorpionique. Les patients où la collecte des données a été incomplète ont été exclus.

Résultat : Au cours de la période d'étude nous avons recensé 61 patients victime d'envénimation scorpionique qui ont nécessité l'hospitalisation au service de réanimation. L'âge moyen était de 38 [1 an – 90 ans]. Toutes les consultations étaient en période estivale (entre juin et septembre). Le scorpion a été identifié chez 27 patients dont *Buthus* (26,2%) *A. australis* (14,8%) et *A. aénéas* (3,3%). La répartition selon l'heure de pique a montré un pic de fréquence entre 22h et 02h: 26 patients (42,6%). Une scarification a été effectuée au site de pique chez 9 patients (14,8%). La douleur au siège de pique a été le signe local le plus fréquemment rapporté (95,1%).

Une paresthésie a été notée chez 15 patients (26,2). Nous avons noté des frissons (24,6), sueurs (63,9%), priapisme (8,2%), vomissements (73,8%), nausées (39,3%) et épigastralgie (14,8%), une agitation (3,3%) et somnolence (1,6%). Quatre patients ont été en état de choc et un patient a présenté un OAP. Nous avons constatés des troubles de repolarisation chez 19 patients (31,1%), des troubles de conduction chez 4 patients (6,6%). Une atteinte myocardique dans 12 cas (19,7). Quarante quatre patients ont été classés stade 2 et 16 patients stade 3. L'oxygénothérapie a été prescrite chez 9 patients (14,8%) et un patient a été intubé. La SAS a été prescrit chez 59 patients (96,7%). Une restriction hydrique a été indiquée chez tous les patients. La sortie à domicile a été possible pour 56 patients (91,8%), et un seul patient décédé.

Conclusion : L'envenimation scorpionique demeure une préoccupation estivale, principalement dans les zones rurales. Il est impératif d'intensifier nos mesures en établissant une unité spécialisée pour traiter les cas d'envenimation pendant la saison chaude.

F.C 085 LE SYNDROME MALIN DES NEUROLEPTIQUES : ETUDE EPIDEMIO-CLINIQUE EN REANIMATION

S. Essghaier : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..

A. Ben Jazia : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..

H. Ben Ghezala : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..

S. Rabhi : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..

N. Brahmi : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..

Introduction : Le syndrome malin des neuroleptiques (SMN) est une pathologie rare mais potentiellement grave et mortelle. Les critères majeurs de ce syndrome sont la fièvre, la rigidité et la rhabdomyolyse. Il existe peu d'études sur ce sujet en réanimation en Tunisie.

Objectif : Rapporter l'expérience récente d'un service de réanimation polyvalente dans la prise en charge du syndrome malin des neuroleptiques.

Méthode : Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective mono centrique observationnelle étalée sur 9 ans de 2014 à 2023. Nous avons inclus dans cette étude tous les patients adultes admis au service de réanimation pour syndrome malin des neuroleptiques. Le recueil des données s'est fait à partir des dossiers des patients. Les données ont été rassemblées et analysées statistiquement via le logiciel Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 22.0.

Résultat : Nous avons inclus au total 21 patients avec un sex ratio à 1,1. L'âge moyen de la population était de 37 ± 15 ans. Les antécédents psychiatriques rencontrés étaient : des troubles psychotiques (47%), une schizophrénie (38%) et des troubles bipolaires (14%). Quatre-vingt-sept pour cent des patients étaient sans autres antécédents pathologiques. Le délai moyen d'installation du SMN était de 6 ± 4 jours par rapport à l'introduction d'un médicament antipsychotique (29%) ou à l'augmentation des doses (72%) du traitement de fond. Les molécules incriminées étaient : des neuroleptiques sédatifs ou incisifs (47%), des antipsychotiques atypiques (19%) ou une association des deux (33%). A l'examen clinique on a retrouvé : une rigidité extra pyramidale (91%), une fièvre (81%) et une dysautonomie (9%). A la biologie, tous les patients avaient une rhabdomyolyse avec une médiane du taux de CPK à 7651 UI/L [1400-122740]. Une cytolyse dans 72% des cas et une insuffisance rénale aigue chez 47% des patients. Tous les patients ont eu une réanimation hydroélectrolytique. Des benzodiazépines ont été prescrites dans 53% des cas, une oxygénothérapie a été reçue dans 24% des cas et un seul patient a eu de la ventilation non invasive. La ventilation mécanique invasive a été indiquée chez trois patients avec un patient trachéotomisé. Aucun patient n'a reçu le Dantrolène. Le délai moyen de résolution du syndrome était de 4 ± 6 jours et la durée moyenne du séjour était de 6 ± 7 jours. Deux décès (9%) ont été enregistrés.

Conclusion : Notre étude montre que malgré sa rareté, le syndrome malin des neuroleptiques touche des patients jeunes avec une mortalité significative en l'absence d'une prise en charge adéquate. Une actualisation des connaissances et une meilleure compréhension de sa physiopathologie sont nécessaires.

F.C 086 COMPARAISON ENTRE LES INTOXICATIONS AU BACLOFENE ET A LA PREGABALINE EN REANIMATION

H Ben GHEZALA : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis
B BEN DHIA : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis
Amira Ben JAZIA : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis
S GALLOUSSI : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis
S REBHI : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis
N BRAHMI : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis

Introduction : Le baclofène agit en stimulant les récepteurs GABA B ce qui ralentit la transmission du stimulus. Quant à la prégabaline, elle exerce son action en se liant à une sous-unité auxiliaire des canaux calciques voltage-dépendants dans le système nerveux central. Le but de notre travail était de comparer les tableaux d'intoxications liées à ces deux molécules aux effets thérapeutiques semblables malgré un mécanisme d'action différent.

Méthodes : Etude rétrospective, observationnelle, réalisée au service de réanimation médicale au centre de toxicologie de Tunis CAMU, sur une période de 10ans de 2013 à 2022.

Deux groupes ont été étudiés : groupe G1 : intoxication au baclofène et groupe G2 : intoxication à la prégabaline. Nous avons comparé les données épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostiques des deux groupes.

Résultats : Soixante-quatorze patients ont été inclus dans notre étude : G1 avec 53 patients et G2 avec 21 patients. Les deux groupes présentaient une prédominance féminine avec un genre-ratio de 0,5. Ils étaient comparables en ce qui concerne les antécédents psychiatriques (53%), principalement dominés par la dépression (18%), et la DSI (une médiane de 300 mg pour G1 (l'équivalent de 30 cp à 10 mg) vs 2450mg pour G2 (l'équivalent de 32 cp à 75 mg)). L'intoxication par la prégabaline a été observée chez des patients plus âgés, avec une moyenne de 38 ans $\pm$ 17, contre 28 ans $\pm$ 14 pour G1 ($P=0,017$). Dans 50% des cas, l'intoxication était poly médicamenteuse, et le délai de consultation était plus court pour l'intoxication au baclofène, avec une médiane de 5 heures contre 8 heures ($P=0,009$). Le premier groupe présentait un tableau clinique plus grave, avec une incidence plus élevée d'agitation ($P=0,015$) et d'altération de l'état de conscience (GCS 7 ± 3 vs 11 ± 4 ($p=0,001$)). Nous avons enregistré plus de pneumopathies d'inhalation, de bradycardie et de bradypnée pour le groupe 1 avec des p respectives de 0,022 ; 10-3 et 0,012. De même nous avons noté plus d'intubation orotrachéale dans le G1 ($p<10^{-3}$) avec une durée de ventilation mécanique comparable. Cependant, l'incidence des crises convulsives, d'hypotension artérielle et de bloc auriculo-ventriculaire à l'ECG étaient comparables entre les deux groupes. L'analyse multivariée a révélé que l'intoxication au baclofène était un facteur de risque pour l'intubation orotrachéale ($p=0,004$, RR 3,991, IC95% [1,02 ; 4,738]). Tous les patients intubés ont été extubés après une durée médiane de ventilation mécanique de 4 jours [1 ; 16] pour G1 et 3 jours [1 ; 5] pour G2 ($p=0,378$). La durée de séjour était plus courte chez G2 : 4 ± 2 jours contre 2 ± 1 jour pour G1 ($p=0,002$). Malgré la gravité de la présentation clinique initiale, aucun décès n'a été rapporté dans cette série.

Conclusion : Notre travail montre que l'intoxication au baclofène à des doses toxiques comparables semble être plus sérieuse que l'intoxication par la prégabaline bien que ce ne soit pas des intoxications pures.

F.C 087 LES INTOXICATIONS AIGUES DANS LE GOUVERNORAT DE KASSERINE : PRODUITS CONSOMMES ET PRONOSTIC

A.Rebhi : Réanimation médicale Hôpital régional Kasserine.
A.Ben Khlifa : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
H.Nouira : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
J.Maissa : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
H.Messoudi : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
R.Gharbi : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
M.Fekih Hassen : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
O.Jaoued : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
H.Ben Sik Ali : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
S.Elatrous : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.

Introduction : Le gouvernorat de Kasserine est une région rurale où prédomine des produits variés d'agriculture qui peut être consommés dans un but suicidaire. Sa localisation près de l'Algérie peut être à l'origine de l'introduction de certains produits non commercialisés en Tunisie.

Objectif : Déterminer le type des produits consommés dans le but toxique et le pronostic des intoxications dans la région de Kasserine.

Méthode : Nous avons inclus toutes les intoxications aiguës hospitalisées au service de réanimation médicale de l'hôpital régional de Kasserine entre le 1^{er} Janvier 2018 et Avril 2023. Les intoxications chroniques et involontaires sont exclues. Les paramètres analysés sont : l'âge, les caractéristiques démographiques, les antécédents médicaux et psychiatriques, les produits consommés, le délai entre l'intoxication et la consultation, les manifestations cliniques et paracliniques, la prise en charge thérapeutique, la durée de séjour, la durée de ventilation mécanique, la mortalité et les récidives.

Résultat : Durant la période de l'étude, 1100 patients étaient hospitalisés au service de réanimation. Parmi eux 90 patients ont été admis pour une intoxication aiguë. La médiane d'âge était de 24ans IQR [18-32]. Il existe une prédominance féminine (70% des cas). L'intoxication était secondaire à des produits agricoles dans 75 % des cas (dont 51 % de chloralose), médicamenteuse dans 18% des cas (dont 94% poly médicamenteuse), au méthanol dans 18% des cas et à l'Ecstasy dans 15% des cas. Les états de choc, les comas, et les insuffisances respiratoires aiguës étaient observés respectivement dans 19%, 84% et 54% des cas. Le lavage gastrique était pratiqué dans 37% des cas et seulement dans 8% des cas un antidote était administré. La mortalité était de 14%. Une récurrence de l'intoxication était observée chez cinq malades. En analyse multivariée : les facteurs indépendamment associés à la mortalité étaient la présence d'un état de choc à l'admission OR=8,913 IC95% [1.13-70.32] p=0.038 et une insuffisance rénale OR=44.46 IC95% [2.15- 919.14] p=0.014. Il n'existe pas de différence statistiquement significative concernant la mortalité, la durée de séjour en réanimation et la durée de la ventilation mécanique entre les intoxications médicamenteuses et non médicamenteuses.

Conclusion : La mortalité des intoxications aiguës est élevée. Une prise en charge précoce des états de choc pourrait améliorer le pronostic. Il existe une nette prédominance des produits d'agriculture. Les intoxications par le méthanol et l'ecstasy ne sont pas négligeables.

F.C 088 PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE DES INTOXICATIONS AIGUES CHEZ LES ADOLESCENTS TUNISIENS EN REANIMATION

M. Kharraz : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..

H. Ben Ghezala : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..

A. Ben Jazia : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..

S. Rabhi : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..

N. Brahmi : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..

Introduction : Les intoxications aiguës constituent un motif fréquent d'hospitalisation en réanimation. Les patients âgés de moins de 18 ans constituent une sous-population de plus en plus importante en toxicologie. La nature de ces intoxications est particulière à cette tranche d'âge.

Objectif : Décrire le profil épidémiologique, le tableau clinique et la prise en charge des patients âgés de moins de 18 ans admis en réanimation pour intoxication aiguë.

Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique descriptive conduite entre le 1^{er} Janvier 2020 et le 31 Aout 2023 ayant inclus tous les patients âgés de moins de 18 ans admis en réanimation pour intoxication aiguë. Nous n'avons pas inclus les patients de moins de 18 ans dont le motif d'admission en réanimation n'était pas en rapport avec une intoxication aiguë. Les données sociodémographiques, cliniques et thérapeutiques ont été consignées à partir des dossiers médicaux.

Résultat : Au total 135 patients ont été inclus d'âge médian 16 ans avec une prédominance féminine (genre ratio=0,13). Trois adolescents étaient consommateurs d'alcool et trois autres toxicomanes au cannabis. Vingt-cinq patients étaient suivis pour trouble bipolaire (n=5), trouble dépressif (n=7) et schizophrénie (n=2). Plus de la moitié des adolescents (52%) sont en arrêt de scolarisation. L'intoxication était volontaire dans 90% des cas et récidivante chez 30 patients. Les principales causes étaient la présence d'un conflit familial (n=55) et l'échec scolaire (n=6). Trois patients étaient victimes de soumission chimique. Il s'agissait d'intoxication médicamenteuse dans 73,3% des cas et poly-médicamenteuse chez 28 patients. Les médicaments impliqués étaient : paracétamol (n=20), benzodiazépine (n=19), carbamazépine (n=13), bêtabloquants (n=7), anti-hypertenseurs (n=8), metformine (n=7) et amitriptyline (n=7). Les autres toxiques ingérés étaient : chloralose (n=27), organophosphorés (n=5) et méthanol (n=3). Quarante-cinq pour cent des patients étaient comateux. L'intubation était nécessaire chez 41,5% des patients avec une durée médiane de 48 heures. Un traitement antidotique a été administré chez 39 patients. Une complication liée au toxique a été notée chez 38 patients. Il s'agissait principalement d'acidose métabolique (n=7) nécessitant l'épuration extra-rénale dans trois cas, hypotension artérielle (n=7), troubles du rythme cardiaque (n=6) cytolysé hépatique (n=5) et atteinte ophtalmique secondaire au méthanol (n=2). Neuf patients ont présenté une complication. Il s'agissait de : difficultés de sevrage ventilatoire (n=2), troubles trophiques à type d'escarres (n=2), pneumopathie acquise sous ventilation (n=2) et sténose trachéale (n=1). La durée médiane d'hospitalisation était de deux jours avec des extrêmes de 1 et 13 jours.

Conclusion : Les hospitalisations en réanimation des adolescents pour intoxication aiguë sont de plus en plus fréquentes occasionnant une morbidité importante. Il existe des complications à court et à long terme avec des répercussions sur la vie sociale de cette population fragile.

F.C 089 INTOXICATIONS GRAVES AUX OPIOÏDES : EXPERIENCE D'UN SERVICE DE REANIMATION TUNISIEN

M. Kharrat : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..
A. Ben Jazia : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..
H. Ben Ghezala : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..
S. Rabhi : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..
N. Brahmi : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..

Introduction : Les intoxications aiguës aux drogues récréatives constituent un motif de plus en plus fréquent d'admission en réanimation. Les intoxications aux opiacés sont particulièrement graves en raison de la détresse respiratoire qu'elles peuvent engendrer.

Objectif : Décrire le profil épidémiologique, le tableau clinique et prise en charge des patients admis en réanimation pour intoxication aiguë aux opioïdes.

Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective conduite sur une période de dix ans et six mois (entre le 1^{er} Janvier 2013 et 31 Aout 2023) ayant inclus tous les patients admis au service de réanimation pour intoxication aiguë aux opioïdes. Les données socio démographique, la présentation clinique et la prise en charge ont été relevées à partir des dossiers médicaux. La confirmation diagnostique de l'intoxication s'est fait par recherche toxique sur échantillon d'urine.

Résultat : Quarante-sept (47) intoxications aiguës aux opioïdes parmi 132 patients admis en réanimation pour intoxication aux drogues récréative ont été inclus. L'âge médian était de 29 ans avec des extrêmes de 15 et 74 ans. Le genre ration était de 1,35. La majorité (68,1%) étaient tabagiques ; 51,1% étaient consommateurs d'alcool ; 23,4% toxicomanes au cannabis, 17% usagers de drogues intraveineuses ; 17% toxicomanes à la cocaïne et 10,6% toxicomanes à la met-amphétamine. Une toxicomanie médicamenteuse a été rapportée par 28% des patients. Les motifs d'admission en réanimation étaient le coma (45%) et la détresse respiratoire (30%). Une agitation a été notée chez 24% des patients et des convulsions chez 13%. Un myosis était présent chez 55% des malades. L'intubation était indiquée dans 40% des cas d'une durée médiane de 4 jours. La recherche toxique a été réalisée chez 64% (n=30) des patients. Une intoxication associée à une autre drogue a été notée chez 10 malades : cannabis (n=8), met-amphétamine (n=4), cocaïne (n=6), benzodiazépine (n=6) et alcool (n=4). Trois patients étaient des body-Packers. Les types d'opioïde identifiés étaient : chlorhydrate de tramadol (n=20) ; chlorhydrate de morphine (n=4) ; héroïne (n=3) et codéine (n=2). Chez trois patients il s'agissait d'une erreur thérapeutique. Deux patients étaient consommateurs chroniques de tramadol. Les complications les plus fréquentes étaient : l'insuffisance rénale aiguë (21%), la rhabdomyolyse (17%) et la cytolysé hépatique (11%). Onze pour cent des patients ont présenté un état de choc avec recours aux amines vasoactives. Le taux de mortalité était de 15%.

Conclusion : Notre travail montre que l'intoxication aux drogues récréatives et aux opioïdes en particulier est de plus en plus fréquente et grave. Elle touche une population le plus souvent jeune et peut engendrer des complications associées à une mortalité élevée.

F.C 090 INTOXICATIONS GRAVES CHEZ LES PROFESSIONNELS DE LA SANTE EN REANIMATION : ETUDE EPIDEMIO-CLINIQUE

S. Ghalloussi : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..
H. Ben Ghezala : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..
A. Ben Jazia : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..
S. Essghaier : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..
S. Rabhi : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..
M. Kharrat : Service de réanimation polyvalente et toxicologique Centre Mahmoud Yaacoub d assistance médicale urgente..
N. Brahmi : Service de réanimation polyvalente et toxicologique Centre Mahmoud Yaacoub d assistance médicale urgente..

Introduction : Les professionnels de la santé sont en souffrance. Certains sont sujets désormais à des conduites addictives, d'autres sont concernés par le stress, la souffrance, la vulnérabilité, l'épuisement, le burn-out et même le suicide.

Objectif : Le but de notre étude était de décrire le profil sociodémographique et clinique des intoxications graves chez les professionnels de la santé.

Méthode : Etude rétrospective descriptive observationnelle et monocentrique menée entre 2020 et 2023 ayant inclus tous les patients travaillant dans le secteur de la santé, admis au service de réanimation polyvalente pour Intoxication quel que soit la nature du toxique : médicament ou autre. Nous avons recueilli des données démographiques, cliniques, biologiques et évolutives.

Résultat : Trente patients d'âge moyen 35±10 ans avec des extrêmes de 21 et 63 ans ont été inclus. Le sex-ratio Hommes/Femmes était de 0,3. Les médecins (27%), les infirmiers (23%), les aides-soignants (20%) et les pharmaciens (10%) étaient les professions les plus touchées. Des antécédents psychiatriques, comme la dépression (50%) et les troubles bipolaires (27%), étaient notés dans 83% des cas avec passage antérieur à l'acte suicidaire dans 47% des cas. Les intoxications étaient polymédicamenteuses dans 47% des cas et étaient toutes volontaires dans un but d'autolyse. L'intoxication la plus fréquente était celle aux benzodiazépines (56,7%). Les autres toxiques retrouvés étaient : l'amytriptyline, le paracétamol, les antiépileptiques à type de carbamazépine et de valproate de sodium, le chloralose, les organophosphorés et enfin la prégabaline. Nous avons noté également des intoxications au propofol, à la lidocaïne, aux bêtabloquants et à la colchicine. La détresse neurologique dominait la présentation clinique des malades (87%) associée à un délire ou une agitation dans 3% des cas. Les autres manifestations cliniques étaient une tachycardie (30%), une hypotension artérielle (23%), des nausées (20%) et des douleurs abdominales (10%). Les perturbations biologiques étaient minimales à type de rhabdomyolyse (10%), d'acidose métabolique (13%) et d'insuffisance rénale aigüe (5%). Le recours à la ventilation mécanique invasive (VMI) était nécessaire dans 37% des cas avec extubation dans 82% des cas. Deux cas d'intoxication grave à la colchicine étaient décédés suite à une défaillance multiviscérale. La mortalité intra-hospitalière était de 7% avec une durée de séjour moyenne de 3±2 jours.

Conclusion : Notre étude démontre que l'intoxication chez les professionnels de la santé peut être grave et mortelle. Ceci est dû probablement à la parfaite connaissance des produits toxiques surtout médicamenteux par les travailleurs dans le secteur de la santé.

F.C 091 INTOXICATIONS AIGUES PAR LES RODONTICIDES ANTICOAGULANTS :A PROPOS DE 60 CAS

A.Ouhibi : Urgences CAMU CAMU.

M.Kilani : Urgences CAMU CAMU.

I.Ben Rejeb : Urgences CAMU CAMU.

C.Jeddi : Urgences CAMU CAMU.

H.Thabet : Urgences CAMU CAMU.

Introduction : Les rodenticides sont largement utilisés dans le contrôle des rongeurs. Les molécules actuelles appartiennent à la famille des antagonistes de la vitamine K (RAS). L'intoxication accidentelle ou intentionnelle par les RAS peuvent entraîner des symptômes tardifs et variables.

Objectif : Etudier les facteurs épidémiologiques et les aspects cliniques et biologiques des intoxications aiguës par les rodenticides anticoagulants (RAS) aux urgences.

Méthode : Notre étude était menée au service des urgences. Il s'agissait d'une étude descriptive rétrospective. Les données menées sur quatre ans (Janvier 2018- Décembre 2021), portées sur 60 cas d'intoxications aux rodenticides les RAS. Nous avons inclus tous les patients âgés de plus de 10 ans ayant consulté les urgences pour éventuelle intoxication aiguë par les rodenticides anticoagulants, le diagnostic a été posé sur la base d'éléments anamnestiques, biologiques ou d'une recherche toxique et exclus les polyintoxications, les patients sous anticoagulation orale, les patients aux antécédents d'hépatopathies chroniques et les dossiers incomplets non exploitables.

Résultat : La population avait un âge moyen de 35±15 ans. Le genre-ratio était de 0,38 avec une nette prédominance féminine. Quarante-trois pourcents de ces intoxications étaient dans un but d'autolyse. Dans 11,5% des intoxications la molécule incriminée était la chlorophacinone suivie par Brodifacoum et Difénacoum dans 1,7 % des cas pour chacune de ces molécules. Dans notre étude plus de 93% des patients étaient asymptomatiques, alors que moins de 7% présentent des symptômes d'intoxication légère. Un bilan d'hémostase a été réalisé dans 95% des cas. Le TP était dans les normes dans 80,3% des cas alors que l'INR était dans les normes dans 66,1% des cas. Le suivi biologique à 24H d'écart a été possible pour 49,1% des cas. Aucune corrélation n'a été établie entre la présence des symptômes et le changement dans les prélèvements biologiques TP/INR. De même pour l'heure d'intoxication et ces prélèvements.

Conclusion : L'intoxication aiguë par les RAS expose essentiellement à des complications hémorragiques, de gravité variable, et d'apparition retardée selon la molécule. Un suivi biologique est nécessaire pour détecter une éventuelle gravité et envisager un traitement à la vitamine K.

F.C 092 PROFIL ÉPIDÉMIOLOGIQUE DES ENVENIMENTS SCORPIONIQUES DE L'ENFANT ADMIS EN SOINS INTENSIFS.

Mouna Djerbi : Urgences et SAMU 04 CHU HABIB BOURGUIBA SFAX.
GHARBI EMNA : Urgences et SAMU CHU HABIB BOURGUIBA SFAX.
KARRAY OLFA : Urgences et SAMU CHU HABIB BOURGUIBA SFAX.
AFFES HOUSSEM : Urgences et SAMU CHU HABIB BOURGUIBA SFAX.
ABDENNOUR NASRI : Urgences et SAMU CHU HABIB BOURGUIBA SFAX.
KAMMOUN LEILA : Urgences et SAMU 04 CHU HABIB BOURGUIBA SFAX.
Rekik noureddine : Urgences et SAMU 04 CHU HABIB BOURGUIBA SFAX.

Introduction : Les envenimations scorpioniques représentent un problème de santé dans le monde entier. L'enfant est considéré comme un terrain de mauvais pronostic et un facteur prédictif de gravité.

Objectif : Préciser les particularités cliniques, thérapeutiques et évolutives de l'envenimation scorpionique chez l'enfant.

Méthode : Notre étude était rétrospective, ayant inclus tous les patients âgés de moins de 18 ans, admis au secteur d'accueil des urgences vitales pour une envenimation scorpionique, durant la période 2020-2022.

Résultat : Nous avons colligé 44 cas dont 24 malades étaient de sexe masculin (54,5%). L'âge moyen était de $7,6 \pm 4,5$ ans. La survenue de cet accident a été plus fréquente en été (34 cas ; 77,3%). La majorité de nos patients ont été d'origine rurale (42 cas ; 95,5%). Le scorpion a été jaune pour 36 patients (81,8 % des cas). La taille du scorpion a dépassé les 5 cm pour 8 patients (18,1%). Le membre inférieur a été la localisation la plus fréquente (n=33, 75%). Le délai de prise en charge variait entre 0,5 heures et 13 heures, avec une moyenne de $1,7 \pm 2$ heures. Le signe fonctionnel le plus fréquemment rapporté a été les vomissements (n=37 ; 84,1). Le score de Glasgow a été à 15/15 pour 40 patients (91%). Un priapisme a été présent à l'admission chez 10 patients (41,6%).

L'ascension de la troponine a été notée dans 69,4%. L'anomalie électrocardiographique la plus fréquemment notée a été la présence d'ondes T négatives (n= 4 ; 9,4%). La radiographie a montré des anomalies parenchymateuses chez 4 patients. L'échographie cardiaque a été jugée normale chez 13 patients. Le stade 2a été retenu dans 29 cas (65,9%) suivi par le stade 3 (13 cas ; 29,5%).

L'intubation trachéale pour 7 autres malades (15,9%). La dobutamine a été indiquée pour 13 patients (29,5%). La sortie à domicile a été possible pour 29 patients (66%). L'évolution fut fatale dans 2 cas (4,5%).

Conclusion : Les piqûres scorpioniques restent un danger estival surtout dans les milieux ruraux. Elles peuvent être graves et la survenue des complications reste toujours imprévisible. D'où la nécessité d'une prévention, une éducation et d'une prise en charge précoce et adaptée.

F.C 093 INTOXICATION AIGUË AU PHOSPHURE D'ALUMINIUM EN REANIMATION

M. Jemii : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..
H. Ben Ghezala : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..
A. Ben Jazia : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..
N. Brahmi : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..

Introduction : Le phosphore d'aluminium est un toxique lésionnel redoutable utilisé comme pesticide. Il comprend deux composants : aluminium phosphore (56%) et aluminium carbonate (44%). Les séries d'intoxication volontaire par ingestion ou accidentelle par inhalation sont très peu rapportées dans la littérature.

Objectif : Décrire les caractéristiques anamnestiques cliniques, para cliniques et thérapeutiques des intoxications par le phosphore d'aluminium (PAI) en réanimation.

Méthode : Il s'agissait d'une étude rétrospective incluant tous les patients hospitalisés pour une intoxication au phosphore d'aluminium au service de réanimation médicale sur une période de 11 ans et 8 mois (Janvier 2012 jusqu'à Aout 2023). Une intoxication au phosphore d'aluminium a été retenue devant les circonstances de l'accident : inhalation de vapeur de PAI ou ingestion de comprimés de PAI avec apparition de signes somatiques en rapport avec une intoxication au PAI suivant l'exposition au produit.

Résultat : Treize (13) patients ont été admis en réanimation pour intoxication au phosphore d'aluminium durant la période d'étude. L'âge moyen était de 26 ± 9 ans avec une prédominance masculine. Aucun patient n'était suivi en psychiatrie. Toutes les intoxications étaient isolées. L'intoxication était volontaire chez six patients, accidentelle par inhalation de vapeur de PAI chez sept patients et collective dans trois cas. Le délai moyen d'apparition des symptômes

était de 47 ± 28 min avec un délai moyen de consultation de $2,7 \pm 1,6$ h. Un lavage gastrique était pratiqué chez deux patients. Tous les patients étaient conscients à l'admission. Des douleurs abdominales avec nausées et vomissements étaient constatées chez 62% des patients ($n=8$). Huit patients ont présenté des céphalées et vertiges. Un patient s'est présenté avec des troubles de la marche, des fourmillements des membres inférieurs et un nystagmus avec une IRM cérébrale normale. Trois patients ont présenté un état de choc cardiogénique avec une ETT faite chez l'un d'eux montrant un aspect de Takotsubo. L'ECG a montré chez une patiente un syndrome de Brugada. Quatre patients avaient une acidose métabolique lactique à l'admission. La recherche toxique du PAL n'a pas été pratiquée. Trois patients ont nécessité une intubation orotrachéale devant l'association d'une détresse neurologique et hémodynamique. Ces patients ont nécessité des doses importantes de catécholamines arrivant à 20 mg/h et sont décédés dans un tableau de choc réfractaire. Un patient a eu une séance d'ECMO. Trois patients ont été transférés en psychiatrie et sept sont rentrés à domicile. La durée d'hospitalisation moyenne était de $1,3 \pm 0,6$ jours.

Conclusion : Notre travail montre que l'intoxication au PAL est rare mais grave et mortelle. Sa prise en charge est essentiellement symptomatique. La possession de ce produit devrait être réglementée avec des législations plus sévères dans les pays en voie de développement.

F.C 094 EVALUATION PAR LE MINICLINICAL EVALUATION EXERCISE (MINI-CEX) EN REANIMATION

H. Ben Ghezala : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..

A. Ben Jazia : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..

S. Essghaier : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..

S. Rabhi : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..

M. Kharrat : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..

S. Ghalloussi : Service de réanimation polyvalente et toxicologique Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale urgente..

N. Brahmi : Service de réanimation polyvalente et toxicologique Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale urgente..

Introduction : Le miniClinical Evaluation Exercise (mini-CEX) est une méthode d'évaluation formative du raisonnement clinique. Il comporte trois étapes : la mise en situation, l'observation et le feedback. Il n'y a pas eu d'utilisation formelle de cette méthode en réanimation.

Objectif : Évaluer la faisabilité de l'introduction du mini-CEX comme méthode d'évaluation formative pour les externes en médecine.

Méthode : Etude observationnelle qualitative faite auprès de 12 étudiants en 5^{ème} année médecine affectés dans un service de réanimation médicale au 2^{ème} semestre de l'année universitaire 2022-2023. Différentes compétences cliniques (anamnèse, examen physique, synthèse de cas, diagnostic proposé, plan d'investigation et plan de traitement) ont été évaluées sur une échelle de 1 à 9. Une évaluation de la méthode a été réalisée par les étudiants et les enseignants.

Résultat : Six séances de mini-CEX au rythme de deux séances par groupe de 4 externes ont été conduites. L'encadreur référent choisit une situation en réanimation qui fera l'objet d'une évaluation formative parmi les deux suivantes : Un patient admis en réanimation pour intoxication aiguë médicamenteuse afin de reconnaître le toxidrome ou l'examen physique d'un patient intubé ventilé admis pour coma suivie de discussion du diagnostic étiologique. Pour la situation choisie les aspects suivants ont été évalués : anamnèse, examen physique, synthèse de cas, diagnostic proposé, plan d'investigation et plan de traitement. Tous les scores des étudiants étaient inférieurs à la moyenne (4.5). Au cours de la première période, le meilleur score a été obtenu pour la relation thérapeutique (4.5). Au cours de la deuxième période et la troisième période, le meilleur score a été obtenu respectivement pour la synthèse du cas (4) et le plan d'investigation (4). Onze étudiants sur douze étaient satisfaits de la méthode et le feed-back était pour eux la partie la plus intéressante. Dix étudiants étaient tout à fait d'accord pour introduire cet outil dans le cursus des études médicales. Sept étudiants sur douze étaient d'accord pour son utilisation dans l'évaluation sanctionnelle. Deux seniors du service sur trois n'avaient aucune expérience antérieure avec le mini-CEX et étaient plutôt satisfaits en globalité, de la durée et du déroulement de la séance. Deux seniors étaient d'accord pour l'implémentation de la méthode dans le cursus des études médicales mais pas d'accord pour son utilisation comme méthode d'évaluation sanctionnelle.

Conclusion : Le Mini-CEX est un outil intéressant faisable. Il donne satisfaction aux apprenants et aux enseignants. L'implémentation de cette méthode pédagogique innovante en réanimation et dans le programme des études médicales de la faculté de médecine de Tunis devraient être discutées.

F.C 095 LE SECRET MEDICAL EN MILIEU HOSPITALIER : EVALUATION DES CONNAISSANCES DU PERSONNEL SOIGNANT

R.Gaddour : Réanimation médicale Hôpital Régional de Zaghouan.
N.Ben Slimene : Réanimation médicale Hôpital Régional de Zaghouan.
B.BenDhia : Réanimation médicale Hôpital Régional de Zaghouan.
F.Essafi : Réanimation médicale Hôpital Régional de Zaghouan.
K.Ben Ismail : Réanimation médicale Hôpital Régional de Zaghouan.
NZ.Jaafar : Réanimation médicale Hôpital Régional de Zaghouan.
I.Talik : Réanimation médicale Hôpital Régional de Zaghouan.
T.Merhabene : Réanimation médicale Hôpital Régional de Zaghouan.

Introduction : Le secret médical est un principe fondamental de l'éthique médicale qui protège la confidentialité des informations médicales des patients. Cette notion revêt une importance cruciale dans la relation entre le soigné et le soignant.

Objectif : L'objectif de l'étude était d'évaluer les connaissances des professionnels de santé à propos du secret médical dans un hôpital tunisien de 2^{ème} ligne.

Méthode : Il s'agissait d'une étude prospective qualitative, longitudinale réalisée via un questionnaire distribué auprès des professionnels de santé exerçant dans notre hôpital, sélectionnés aléatoirement et de façon anonyme. Le questionnaire aborde différents aspects de secret professionnel. Il se compose de 19 items organisés en cinq sections.

Résultat : Cinquante-trois professionnels de santé ont été interrogés. L'âge moyen était de 30±5 ans avec un genre-ratio de 2,6. Parmi la population étudiée, 41% étaient des médecins, 33,3% des infirmiers et 18% des techniciens supérieurs d'anesthésie-réanimation et/ou d'urgence. La moyenne d'expérience d'exercice variait entre 1 et 5 ans chez 41 % des interrogés. Le service d'affectation était dans 65 % des cas la réanimation médicale et dans 15% les urgences. La définition et l'objectif principal du secret médical étaient identifiés respectivement dans 85% et 75% des cas. Les conditions de violation du secret médical étaient reconnues par 67% des professionnels devant un patient lucide et conscient et par 61% s'il est comateux. Les conséquences de cette attitude étaient identifiées par 35% des interrogés. Les situations permettant sa divulgation étaient reconnues par 71% des cas. La demande explicite du patient pour le maintien du secret médical était approuvée par 41% des cas. Soixante-sept pourcent savaient gérer la confidentialité des informations médicalisées de manière sécurisée. Parmi les interrogés, 47,9% pensaient qu'il faut partager les informations propres à la prise en charge du patient avec leurs médecins traitants et qu'il ne faut pas remplir un questionnaire émanant d'une compagnie d'assurances demandant des explications sur la cause de décès d'un patient. Dans la situation d'un patient s'avérant séropositif lors d'un bilan prénuptial, 90% savaient qu'il ne fallait pas informer la conjointe.

Conclusion : Le secret médical est un concept fondamental dans le domaine de la santé. Notre étude a montré que les connaissances des règles de gestion de ce concept par le personnel soignant n'étaient pas optimales et nécessitent par conséquent une formation spécifique.

F.C 096 ASSESSMENT OF PSYCHOLOGICAL IMPACT OF THE COVID-19 INFECTION AFTER ICU DISCHARGE, A TUNISIAN PROSPECTIVE STUDY

H.Sfar : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
S. Ben Mansour : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
Y. Ben Ali : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
D. Ben Braiek : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
S. Bel Haj Youssef : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
H. Zorgati : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
N. Boukadida : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
A.Kacem : Pulmonology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
R. Ben Jazia : Pulmonology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
J.Ayachi : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

Introduction : ICU survivors may experience psychological disorders such as anxiety and depression especially in COVID-19 pandemic. Factors associated with these disorders are not well known.

Objectif : To assess the psychological disorders due to the COVID-19 infection among ICU survivors and to identify their risk factors.

Méthode : A prospective analytical study conducted from May 2021 to September 2021 in a medical ICU. Survivors from severe acute respiratory distress syndrome (ARDS) due to SARS-CoV-2 pneumonia were invited to fulfill a

survey evaluating the psychological impact of COVID19 using the Hospital Anxiety and Depression scale (HADS) six months after ICU discharge. The HADS is a 14-items measure designed to assess anxiety and depression symptoms in medical patients. The HADS produces two scales, one for anxiety (HADS-A) and one for depression (HADS-D). Scores of greater than or equal to 11 on either scale indicate a definitive case.

Résultat : From 106 ICU patients admitted for COVID-19 ARDS, 70 patients were discharged alive, among them only 48(68.6%) patients completed the questionnaire. Mean age was 48.2 ± 11.38 years with male predominance 28(58.3%). Diabetes 8(16.7%), arterial hypertension 6(12.5%) and chronic obstructive pulmonary disease (COPD) 3(6.3%) were the most frequent comorbidities. Mean Body Mass Index (BMI) was 28.5 ± 3.65 kg/m². Median SAPS II, SOFA score and length of stay were : 22.5[13-24], 2.5[2-4] and 8[6-12] days. Five(10.4%) patients were responsible of contagion, 36(75%) were witness of death, 25(52.1%) discharged under oxygen therapy and 15(31.3%) experienced social integration difficulties due to unemployment. Eight patients (16.7%) had depression and 18(37.5%) had anxiety at the follow up. On univariate analysis, factors associated with depression were diabetes($p=0,018$), BMI ($p=0,003$) and unemployment ($p=0,008$) and factors associated with anxiety were female ($p: 0.007$) and COPD ($p: 0.047$). On multivariate analysis ; independent predictive factors of depression were : diabetes (OR, 83.5 ; 95% CI, [1.4-4857.2]; $p=0.033$), BMI (OR, 0.44; 95% CI, [0.22-0.88]; $p=0.021$), and unemployment (OR, 94.8; 95% CI, [2.5-3652.9]; $p=0.025$) ; and independent predictive factor of anxiety was female gender (OR, 5.50; 95% CI, [1.54-19.60]; $p=0.009$)

Conclusion : The current study demonstrated that diabetes, BMI, unemployment and female gender are predictors of psychological disorders as depression and anxiety in COVID-19 critically ill patients.

F.C 097 EVALUATION DE LA SATISFACTION DES PATIENTS HOSPITALISÉS DANS UN SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES

Hager Touj : Urgences-réanimation hôpital Habib Thameur.
Smiri Ahmed : Urgences-réanimation hôpital Habib Thameur.
Dhahak Ghada : Urgences-réanimation hôpital Habib Thameur.
Bachrouh Syrine : Urgences-réanimation hôpital Habib Thameur.
Ben ouhiba Mohamed Mehdi : Urgences-réanimation hôpital Habib Thameur.
Sedghiani Ines : Urgences-réanimation hôpital Habib Thameur.
Borsali Nebiha : Urgences-réanimation hôpital Habib Thameur.

Introduction : La satisfaction des patients est un indicateur de qualité de la pratique médicale et paramédicale pour les services hospitaliers. Toutefois, la prise en charge des patients consultant aux urgences est complexe et a ses particularités : urgence des soins, conditions défavorables.

Objectif : L'objectif de notre étude était d'évaluer l'état de satisfaction des patients hospitalisés au service des urgences

Méthode : Etude prospective, descriptive sur 1 mois (Septembre 2023). Nous avons utilisé un questionnaire adapté à notre contexte. Une note globale pour l'évaluation du service était attribuée à la fin du questionnaire ainsi que des remarques libres. Les patients hospitalisés aux urgences ont répondu à notre enquête avec leur libre consentement en respectant l'anonymat. Ont été inclus tous les patients admis aux urgences plus de 24h d'âge >à 18 ans. Les patients ayant un GCS < 15 ainsi que ceux souffrant d'une pathologie neuropsychiatrique (psychose, démence, maladie d'Alzheimer) n'ont pas été inclus. Le questionnaire était rempli par le médecin responsable.

Résultat : Durant la période d'étude, 40 patients ont été interrogés. La médiane d'âge était de 63 ans, le genre ratio était de 0,8. Seize patients (40%) étaient originaires de la délégation de Ben Arous. Vingt-trois patients (57,5%) étaient scolarisés n (%) : niveau primaire 6 (15), niveau secondaire 10 (25) et niveau supérieur 7 (17,5). La douleur thoracique représentait le motif de consultation dans 12 cas (30%). Onze patients (27,5%) ont été hospitalisés à l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) et 29 patients (72,5%) ont été répartis entre la salle de déchoquage, l'unité d'observation et la salle de surveillance rapprochée. La durée médiane d'hospitalisation était de 7 jours. Dix-sept (42,5%) et vingt (50%) des patients interrogés exprimaient un degré de satisfaction passable pour l'évaluation respective de l'accueil aux urgences et les conditions de triage. Quinze patients (37,5%) des interrogés étaient satisfaits de la qualité des informations médicales fournies, et rapportaient que la communication avec l'équipe des soignants était facile. Dix-huit patient (45%) trouvaient que l'accès à l'information était possible mais avec des difficultés. Vingt-huit patients (70%) trouvaient que la surveillance se faisait correctement et 21 patients (52,5%) approuvaient les conditions de transport en intra-hospitalier. 30 % des participants réclamaient l'amélioration des locaux sanitaires, des conditions de propreté et de l'hygiène des patients. La moyenne de note attribuée était à 7,6/10 et 36 (90%) participants rapportaient qu'ils recommanderaient à leurs proches de consulter notre service. Aucun facteur lié au patient n'était statistiquement associé au degré de satisfaction des participants.

Conclusion : Même si les résultats sont en partie encourageants pour l'équipe soignante, des efforts doivent être déployés pour satisfaire les attentes de la patientèle notamment le renforcement de la relation patient-soignant. De telles enquêtes sont souhaitables pour améliorer la qualité des soins

F.C 098 LES TRANSFUSIONS SANGUINES EN OBSTÉTRIQUE À PROPOS DE 46 CAS.

O.Ben Rejeb : Gynecologie obstetrique mohamed tlatli nabeul.

R.Letifi : Gynecologie obstetrique mohamed tlatli nabeul.

C.Mrazguia : Gynecologie obstetrique mohamed tlatli nabeul.

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

Objectif : Etudier les caractéristiques épidémiologiques de la transfusion sanguine au service de gynécologie obstétrique. Préciser la place de produits sanguins labiles dans la pratique obstétricale et Rapporter les accidents transfusionnels observés dans notre étude.

Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective à propos de 46 cas de transfusion sanguine colligés dans le service de gynécologie obstétrique entre janvier 2022 et juin 2023.

Résultat : Les caractéristiques épidémiologiques des femmes transfusées en obstétrique : L'âge moyen 34 ans, la multiparité (la parité moyenne est de 3) et les accouchements par voie basses (58.7% des femmes transfusées ont accouché par voie basse). Les étiologies les plus fréquentes de transfusion sanguines sont : En pré partum : l'anémie chronique profonde (33 % des cas), l'hématome retro placentaire (10.5 %), le placenta prævia (14.2 %). En post partum : l'atonie utérine (38.4 %), les déchirures cervico vaginales (5.1%), la rupture utérine (1.2 %). Le taux moyen d'hémoglobine au cours de la transfusion a été de 5,2g/dl, les signes de mauvaise tolérance de l'anémie ont été présentes chez 100% des patientes. L'évolution post transfusionnelle a été favorable chez toutes nos patientes avec amélioration du taux de l'hémoglobine et disparition des signes de mauvaise tolérance Les produits transfusés ont été des culots globulaires parfois associés à du PFC, 10 réactions transfusionnelles ont été observées et tous sont des réactions non hémolytiques (fièvre, frisson, urticaire...). Aucune réaction hémolytique d'incompatibilité transfusionnelle n'est constatée.

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

F.C 099 COMPLIANCE AND DISCREPANCIES OF THERAPEUTIC PLASMA EXCHANGE (TPE) PRACTICES WITH AMERICAN SOCIETY FOR APHERESIS GUIDELINES (ASFA) WITHIN A MEDICAL INTENSIVE CARE UNIT (MICU)

Emna Ennouri : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Maha Araoud : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Safa Fathallah : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Radhouane Toumi : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Dhouha Hamdi : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Khaoula Meddeb : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Imen Ben Saida : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Mohamed Boussarsar : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Introduction : TPE is a critical medical intervention used in various clinical conditions within a MICU. The American Society for Apheresis (ASFA) provides guidelines for TPE procedures. However, real-world compliance and discrepancies in MICU settings remain underexplored.

Objectif : To investigate the extent of compliance, discrepancies and challenges in TPE practices across therapeutic indications, replacement fluids, volumes, and healthcare providers roles.

Méthode : This is a retrospective study conducted in the MICU of Farhat Hached University Hospital, including patients who underwent TPE between 2003 and 2023. Data collected included therapeutic indications, TPE specific techniques employed, choice of replacement fluids, volume processed, and healthcare providers quality and roles.

These practices were compared to the ASFA 2023 guidelines. Challenges encountered among patients with negative responses to TPE (death or incomplete recovery) were evaluated.

Résultat : Forty-seven patients were included. Main indications were thrombotic microangiopathies, in 18 (38%), ANCA-associated- vasculitis in 7(14%), and neurological diseases in 13(27%). These indications were in line with ASFA guidelines in 44(93%) cases, while discrepancies were observed in 3 cases (1 case of insulin-resistant diabetes with the presence of anti-insulin antibodies, with good response, and two cases of non-labeled pneumorenal syndrome who died). As for the TPE technique, plasma volume extraction was estimated for all patient relying only on weight-derived formula, while ASFA recommended taking into account weight and hematocrit. Fresh frozen plasma (FFP) was used in 43 (91.5 %) of cases, in the other cases, albumin was used, alone or in association with FFP. The choice of substitution liquid was in line with ASFA guidelines in 21(44.7%) of cases, according to each patient's indication. Despite being a technical procedure usually delegated to nurses, all TPE sessions were performed exclusively by physicians. Fourteen (29.8%) patients have a negative response for TPE. Among them 10 died. All of these deaths were attributed to the severity of the initial clinical presentation. Four patients exhibited partial recovery (two patients with Guillain Barré syndrome, received respectively 5 and 4 sessions, one patient with ADEM, received three sessions and one patient with SHU, received one session) raising the challenge of effective TPE dose, as it is not accurately stated in ASFA guidelines.

Conclusion : Despite some deviations from the recommendations, neither efficacy nor tolerance have been significantly affected. Not recognized indications could benefit from TPE when the underlying mechanism could suggest such indication.

F.C 100 TRENDS' SHIFT IN THE USE OF TPE IN A MICU SETTING: A 20-YEAR RETROSPECTIVE COHORT ANALYSIS

Emna Ennouri : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Maha Araoud : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Safa Fathallah : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Naima Habbachi : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Radhouane Toumi : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Khaoula Meddeb : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Imen Ben Saida : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Mohamed Boussarsar : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Introduction : Therapeutic Plasma Exchange(TPE) is a vital intervention in intensive care settings, offering a lifeline to patients with a spectrum of medical conditions. However, understanding the dynamic trends in TPE utilization, techniques, and patient outcomes is essential for optimizing clinical practices.

Objectif : This study aims to provide a thorough examination of the evolving trends in the frequency, TPE techniques, and patient outcomes within a Medical Intensive Care Unit (MICU) setting.

Méthode : We conducted a single-center, descriptive retrospective cohort analysis within the Medical ICU of the University Hospital of Farhat Hached, Sousse, Tunisia, encompassing two decades. Our study included all consecutive patients who underwent TPE sessions during this period. Data collection focused on the frequency of sessions, the choice of TPE techniques, and patient outcomes. We demarcated two distinct periods for comparison: Period 1 (2003-2020) and Period 2 (2021-2023). When appropriate data were compared between the two periods to identify explanatory factors of the defined shift.

Résultat : Across the study duration, a total of 266 TPE sessions were conducted, with 82 sessions/21 patients, performed at period 1 and 184 sessions/26 patients at period 2. During the first period, mortality rate was 7 (33%), while in the second period it was 2 (7.69%) ($p=0.032$). The choice of TPE technique also evolved, with centrifugation predominantly utilized in the first period and filtration emerging as the primary technique in the second period. Regarding explanatory factors, the shift in the frequency of sessions and the number of patients undergoing TPE was attributed to several factors, including the acquisition of a TPE machine in late 2020, an increase in the number of ICU beds from 9 to 12, and the resurgence of autoimmune diseases following the COVID-19 pandemic.

Furthermore, the improved patient response rate between the two periods was linked to the positive evolution of healthcare providers' learning curve over the years, coupled with an increase in the number of physicians involved

in TPE procedures. This transition saw the team grow from 4 senior physicians and 6 juniors in the first period to 6 senior physicians and 12 juniors in the second period.

Conclusion : This comprehensive retrospective cohort analysis sheds light on the dynamic shifts in TPE utilization, techniques, and patient outcomes within a MICU setting over a 20-year period. By identifying and understanding the contributing factors to these trends, we can enhance our clinical practices, ultimately improving patient care and outcomes in the MICU.

F.C 101 ASSESSMENT OF LEARNING OUTCOMES VALIDATION IN MEDICAL INTENSIVE CARE TRAINING : STAND-BY REPORTS USEFULNESS

Amira Jamoussi : Réanimation Médicale Abderrahmen Mami.

Emna Rachdi : Réanimation Médicale Abderrahmen Mami.

Fatma Jarraya : Réanimation Médicale Abderrahmen Mami.

Nacef Ben Mrad : Réanimation Médicale Abderrahmen Mami.

Samia Ayed : Réanimation Médicale Abderrahmen Mami.

Jalila Ben Khelil : Réanimation Médicale Abderrahmen Mami.

Introduction : The stand-by report is a portfolio form designed by the faculty of medicine of Tunis aiming the completion of the continuous formative evaluation on the hospital traineeship. Nevertheless, its use remains infrequent and its contribution is hardly established.

Objectif : We aimed to assess the stand-by report contribution and acceptability for students' learning during medical intensive care training.

Méthode : This was a prospective descriptive study carried within our medical intensive care unit during April 2018. We collected stand-by reports drafted during this period. Learning outcomes number, types and taxonomic levels have been raised. We also collected the students feedback guided by questions. The data was entered manually and the students consent has been taken.

Résultat : During the one-month study period, we collected 30 stand-by reports drafted by 9 students. Every student achieved a number of stand-by days between 3 and 5. They drafted up to 160 learning outcomes. Every stand-by report contained on average 5 learning outcomes. They belonged at most to psychomotor domain (n=152) divided into level 1 (n=20), level 2 (n=22) and level 3 (n=118). All affective learning outcomes (n=8) were at level 3. Next-day interviewing was needed to assist students for stand-by reports drafting. Concerning the stand-by reports practice, students feedback collected at the end of the training period showed a divided opinion with moderate acceptability. The main criticisms were about similar content of table columns and repetition of the same statements.

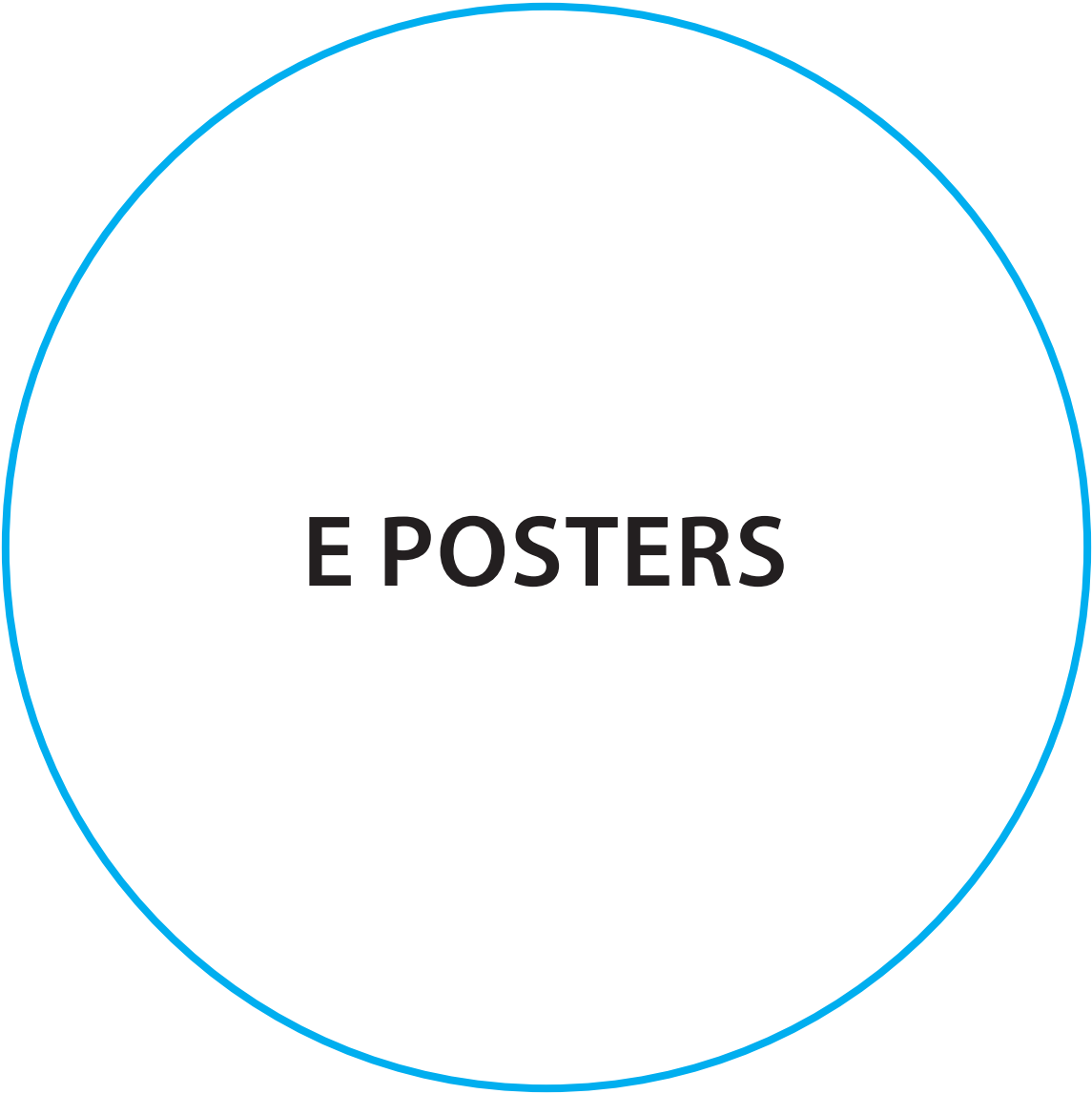
Conclusion : The stand-by report, with its benefits and limitations, has an interest in learning. During medical intensive care training. Students' acceptability was moderate. Its use can be optimized through motivational interviews.

Rapport de la garde du : 16/01/2018

Identification du Patient	Problème(s) posé(s)	Participation aux activités diagnostique(s) ou thérapeutique(s)	Gestes ou soins réalisés par l'externe	Horaires de la surveillance (de _____ à _____)	Appréciation* et signature de l'encadreur (résident ou autre senior)
[Signature]	SDRA sévère R.O ₂ /F.O ₂ =	GET a' la Recherche de signes de Sd embolique	+ GDS		[Signature]
[Signature]	adénopathie cervicale		+ Examen Clinique + ECG		[Signature]
[Signature]	Déclatés ventral pour un SDRA sévère avec R.O ₂ /F.O ₂ = 53		+ Echographie cardiaque - GDS en DV + curative		[Signature]
[Signature]	tille en place Gastrique → nutrition entérale	d'une sonde			[Signature]
[Signature]	- BPCO-tricoupeuse - Aspiration nasale	Tille sous VNI R.P = 5 A3 = 12			[Signature]

*Appréciation :
 Très satisfaisant : Pour implication et respect des obligations.
 Moyen ou satisfaisant : Pour comportements intermédiaires.
 Médiocre : Pour activités volontairement réduites.

Vu du responsable de stage : _____



E POSTERS

Planning

		Borne	N° E.Poster	Thèmes	Modérateurs
30/11/2023	14:00	A	P 001 - P 023	Infectiologie	J Ayachi & I Ben Saida
		B	P 024 - P 047	Infectiologie	T Marhabene & O Turki
		C	P 048 - P 074	Infectiologie	A Trifi & Z Hamouda
		D	P 075 - P 103	Neurologie	H Ben Ghezala & I Sedghiani
		E	P 104 - P 132	Neurologie	S Ayed & I Fathallah
	15:30	A	P 396 - P 402	Paramédicale	N Brahmi & M Bahloul
1/12/2023	8:00	A	P 133 - P 144	Respiratoire	H Nouira & Z Hamouda
		B	P 145 - P 156	Respiratoire	I Ben Saida & I Fathallah
		C	P 157 - P 167 & P 168 - P 172	Respiratoire & Hémodynamique	H Ben Ghezala & J Ayachi
		D	P 173 - P 185	Hémodynamique	S Ayed & H Ghadhoun
		E	P 186 - P 199	Hémodynamique	I Chouchene & H Ben Ali
2/12/2023	8:00	A	P 200 - P 217	Métabolique	O Jaoued & K Ben Ismail
		B	P 218 - P 235	Métabolique & Scoring	H Fredj & S Bradai
		C	P 236 - P 253	Scoring	A Mokline & E Enouri
		D	P 254 - P 271	Scoring	S Kharrat & N Ben Slimen
		E	P 272 - P 289	Scoring	I Trabelsi & H Allouche
		A	P 200 - P 217	Métabolique	K Chtara & F Jarraya
3/12/2023	9:00	A	P 290 - P 314	Complications Iatrogènes	S Bradai & E Seghir
		B	P 315 - P 336	Toxicologie	N Ben Mrad & F Essafi
		C	P 337 - P 346 & P 347 - P 355	Toxicologie & Autres	A Ben Jazia & R Toumi
		D	P 356 - P 375	Autres	A Mehdi & S Kharrat
		E	P 376 - P 395	Autres	L Messaoud & H Zouari

Theme : Infectiologie

P 001 INFECTION SUPPURATIVE DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL SECONDAIRE À STREPTOCOCCUS CONSTELLATUS : À PROPOS DE 3 CAS

Amina Hadded : Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba.
Rania Ammar : Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba.
Sana kharrat : Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba.
Malek Saguem : Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba.
Atra ben khalifa : Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba.
Rania Ammar : Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba.
Bahloul Mabrouk : Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba.
Hedi chelly : Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba.
Mounir Bouaziz : Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba.

Introduction : Streptococcus constellatus appartient au groupe Streptococcus anginosus (SAG) capable de provoquer des infections pyogènes dans divers sites chez les patients immunodéprimés. Nous rapportons trois cas rares d'empyème et abcès cérébraux causés par ce germe chez des patients immunocompétents

Cas clinique : Cas clinique1 : Une fille âgée de 12 ans, sans antécédents, consulte pour un syndrome méningé fébrile en rapport à un empyème parafalcien et un abcès cérébral pariétal droits objectivé au scanner cérébral. Elle a été opérée pour évacuation empyème avec un volet décompressive. Le prélèvement a été positif à Streptococcus constellatus traité par C3G. L'évolution a été favorable, mais elle a gardé une hémiparésie gauche. Cas clinique 2 : Un enfant âgé de 14 ans, sans antécédents, opéré pour évacuation d'une collection sous cutanée frontale droite. À j2 post opératoire, installation d'une altération de son état de conscience avec une hémiplégie gauche. L'IRM cérébrale a montré une collection sous dure méninge hémisphérique droite avec engagement temporal interne droit. Il a été opéré en urgence pour évacuation d'une collection sous dure. Le prélèvement bactériologique a révélé la présence de streptococcus constellatus. L'évolution était favorable, mais il a gardé une hémiplégie gauche Cas clinique 3 : Un homme âgé de 52 ans, sans antécédent, consulte pour lourdeur de l'hémicorps droit avec fièvre. L'IRM cérébrale a montré un abcès du centre semi ovale gauche fissuré dans le ventricule latéral homolatéral avec signe de ventriculite et lésions pré suppuratives périventriculaires. La ponction chirurgicale de l'abcès cérébral a été positive à Streptococcus constellatus traité par C3G + métronidazole.

Conclusion : Conclusion : Bien que rares, S constellatus peut provoquer des abcès cérébraux et des empyèmes, même chez des patients immunocompétents. Une antibiothérapie précoce associée à un drainage chirurgical pour améliorer le pronostic de ces patients.

P 002 LA CRYPTOCOCCOSE NEUROMÉNINGÉE : UNE INFECTION GRAVE TOUJOURS D'ACTUALITÉ

Hana Chaabouni : Service des maladies infectieuses CHU Hedi Chaker.
Khouloud Mnif : Service des maladies infectieuses CHU Hedi Chaker.
Ichrak Boughariou : Service des maladies infectieuses CHU Hedi Chaker.
Salma Ben Hmida : Service des maladies infectieuses CHU Hedi Chaker.
TarakBenJemaa : Service des maladies infectieuses CHU Hedi Chaker.
Khaoula Rekik : Service des maladies infectieuses CHU Hedi Chaker.
Fatma Smaoui : Service des maladies infectieuses CHU Hedi Chaker.
Makram Koubaa : Service des maladies infectieuses CHU Hedi Chaker.
Chakib Marrakchi : Service des maladies infectieuses CHU Hedi Chaker.
Boussayma Hammami : Service des maladies infectieuses CHU Hedi Chaker.
Mounir BenJemaa : Service des maladies infectieuses CHU Hedi Chaker.

Introduction : La cryptococcose neuroméningée (CNM) est une infection mycosique grave touchant les sujets immunodéprimés.

Objectif : Notre objectif est de décrire les caractéristiques épidémiologiques, diagnostiques, radiologiques et thérapeutiques de la cryptococcose neuroméningée (CNM).

Méthode : Nous avons revu rétrospectivement les dossiers de patients hospitalisés pour une CNM dans le service des maladies infectieuses du CHU Hedi Chaker de Sfax entre 2018-2023.

Résultat : Nous avons colligé 6 patients (1 femme et 5 hommes), avec un âge moyen de 48 ans et des extrêmes entre 27 et 63 ans. La CNM était révélatrice de l'infection par le VIH dans 3 cas. Les trois autres patients étaient suivis au service d'hématologie pour lymphome. Les signes fonctionnels étaient représentés par une fièvre (5 cas),

des crises convulsives (3 cas) et des céphalées (3 cas). L'examen direct avec coloration à l'encre de chine du LCR et la recherche d'antigènes solubles confirmaient le diagnostic de CNM dans tous les cas. Les hémocultures étaient positives à *Cryptococcus Neoformans* dans 2 cas. Un *Cryptocoque* résistant au fluconazole était isolé chez un patient. L'IRM cérébrale était pathologique chez 5 patients. Une localisation pulmonaire était associée à la CNM chez 2 patients. Le traitement était une association d'amphotéricine B et fluconazole (5 cas) et du fluconazole seul (1 cas) vu la non disponibilité de l'amphotéricine B. Les effets secondaires observés étaient une insuffisance rénale (3 cas), une cytolyse (2 cas) et une anémie (1 cas). L'évolution chez les 3 malades infectés par le VIH était défavorable : Deux patients avaient développé à la phase aigüe un état de mal épileptique avec transfert en unités de soins intensifs et décès. Un patient, qui s'est amélioré initialement, a présenté au cours de la phase de consolidation un syndrome de restitution immunitaire paradoxal (SIRS) avec état de mal épileptique puis décès. Pour les malades suivis pour lymphome, un patient était perdu de vue et les deux autres avaient bien répondu au traitement.

Conclusion : La recherche de facteurs de risque d'immunodépression en cas de méningo-encéphalite notamment en milieu d'oncohématologie est indispensable pour orienter ce diagnostic. Tout signe neurologique chez un infecté par le VIH doit faire penser à une infection du système nerveux central en l'occurrence une CNM en vue de sa mortalité élevée malgré un traitement antifongique adéquat.

P 003 UN GLIOBLASTOME MIMANT UNE MÉNINGO-ENCÉPHALITE HÉRPETIQUE : A PROPOS D'UN CAS

S.Ben Othman : Réanimation médicale CTGB.
L.Debbiche : Réanimation médicale CTGB.
A.Ben Massoud : Réanimation médicale CTGB.
H.Fredj : Réanimation médicale CTGB.
M.Boukoucha : Radiologie CTGB.
S.Zarrouk : Réanimation médicale CTGB.
B.Gasri : Réanimation médicale CTGB.
I.Jami : Réanimation médicale CTGB.
A.Daghfous : Radiologie CTGB.
A.Mokline : Réanimation médicale CTGB.
AA.Messadi : Réanimation médicale CTGB.

Introduction : Le glioblastome est une tumeur rare dont l'évolution est rapide et fatale. La présentation clinique est assez polymorphe. Elle peut varier d'une symptomatologie fruste non grave à l'état de mal convulsif.

Cas clinique : Il s'agit d'une patiente âgée de 54ans, sans antécédents, admise pour prise en charge d'un état de mal convulsif dans un contexte fébrile associé à un tableau d'HTIC et ayant nécessité le recours à l'intubation orotrachéale. La tomodensitométrie ne montrait pas d'anomalie du parenchyme cérébral, ni d'œdème cérébral. À la ponction lombaire, le liquide céphalorachidien était clair avec à la cytologie 1EB et à la chimie une protéinorachie=0,7g/dl et une glycorrachie/glycémie=0,7. Devant la négativité de l'enquête étiologique (culture du LCR, bilan immunologique), une IRM cérébrale a été effectuée à J8 objectivant une prise de contraste méningée marquée en bitemporal. Le diagnostic d'une méningoencéphalite virale a été retenu initialement. La patiente a été mise sous Aciclovir à la dose de 15mg/kg/8h pendant 15 jours avec une évolution favorable. La patiente a gardé une neuromyopathie de réanimation pour laquelle elle a été trachéotomisée à J15 et décanulée à J36 d'évolution. La sérologie virale est revenue négative après la fin du traitement. À J55 de prise en charge, la patiente a présenté une récurrence d'un état de mal convulsif sans fièvre. La tomodensitométrie cérébrale était évocatrice d'abcès temporaux, entourés par des plages d'œdème et l'IRM cérébrale a objectivé des lésions multifocales de densité liquidienne à paroi épaisse irrégulière. Elle a été mise sous antibiothérapie à visée neuro-méningée. La ponction-aspiration a ramené un liquide séro-hématique dont la culture était négative. L'exérèse chirurgicale et l'examen anatomo- pathologique ont révélé un glioblastome grade 4. L'évolution était marquée par l'absence de réveil et le décès à J82 d'évolution.

Conclusion : Le glioblastome peut se manifester par un état de mal convulsif sans anomalies parenchymateuses individualisables à l'imagerie initiale. D'où l'intérêt de reconstrôler précocement l'IRM et de compléter l'analyse radiologique par une spectrométrie.

P 004 LA MENINGITE NOSOCOMIALE : UN ENJEU CAPITAL POUR LES REANIMATEURS ET UN TOURNANT POUR LE PRONOSTIC DES PATIENTS

S.Jerbi : Réanimation Polyvalente Hbib Bourguiba Sfax.
O.Turki : Réanimation Polyvalente Hbib Bourguiba Sfax.
A.Dammak : Réanimation Polyvalente Hbib Bourguiba Sfax.
S.Bradai : Réanimation Polyvalente Hbib Bourguiba Sfax.
N.Baccouch : Réanimation Polyvalente Hbib Bourguiba Sfax.
R.Ammar : Réanimation Polyvalente Hbib Bourguiba Sfax.
K.Chtara : Réanimation Polyvalente Hbib Bourguiba Sfax.
M.Bahloul : Réanimation Polyvalente Hbib Bourguiba Sfax.
H.Chelli : Réanimation Polyvalente Hbib Bourguiba Sfax.
C.BenHamida : Réanimation Polyvalente Hbib Bourguiba Sfax.
M.Bouaziz : Réanimation Polyvalente Hbib Bourguiba Sfax.

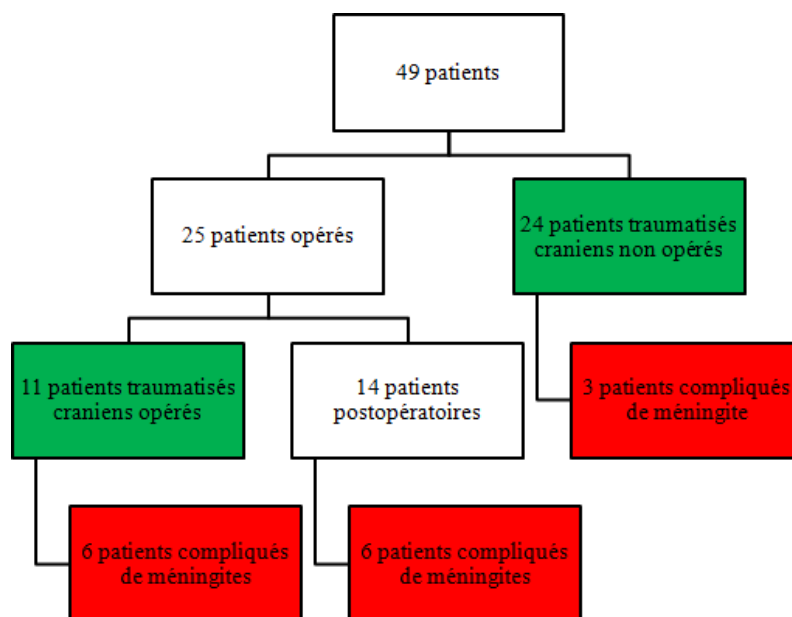
Introduction : La méningite nosocomiale est une complication grave touchant essentiellement les patients neuro-lésés ayant bénéficié d'une intervention chirurgicale ou au décours d'un traumatisme crânio-facial

Objectif : Notre étude vise à identifier les caractéristiques cliniques et paracliniques d'une méningite nosocomiale ainsi que les facteurs de risque de survenue de cette complication infectieuse.

Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective sur une durée de 6 mois (janvier 2023 à juin 2023). On a inclus tout patient admis en unité de soin intensif et chez qui on a suspecté une méningite nosocomiale et a bénéficié d'une étude cytochimique et bactériologique du LCR. Les caractéristiques démographiques cliniques et paracliniques étaient recueillies ainsi que l'évolution durant le séjour en réanimation.

Résultat : Quarante-neuf patients ont été inclus. Chez 15 patients le diagnostic de méningite nosocomiale a été retenu. L'âge moyen de notre population était à 39.9 ans avec un sexe ratio à 5.1. La ponction lombaire a été réalisée dans 90% devant l'installation d'une fièvre. Pour le groupe des patients pris en charge dans un contexte postopératoire, selon la constatation peropératoire, avoir une hémostasie laborieuse ($p=0.007$) et un cerveau turgescent ($p=0.002$) était des éléments prédictifs de survenue d'une méningite nosocomiale. Pour les patients traumatisés crâniens graves, on a constaté que la prise en charge au bloc opératoire, la présence de HSD et l'hématome intra parenchymateux étaient des facteurs de risque de survenue de méningite nosocomiale avec des seuils de significativité respectives à 0.008 ; 0.026 ; et 0.01.

Conclusion : Dans cette série, on constate une fréquence élevée de méningites particulièrement en post-opératoire. Cela nous incite à améliorer les conditions opératoires et d'hospitalisations particulièrement en matière d'hygiène



P 005 QUAND ENDOCARDITE INFECTIEUSE ET MENINGOENCEPHALITE HERPETIQUE COEXISTENT

H. Mechmeche : Urgences-réanimation habib thameur.
Y. Garbaa, : Urgences-réanimation habib thameur.
I. Sedghiani, : Urgences-réanimation habib thameur.
I. Belgacem, : Urgences-réanimation habib thameur.
S.Madhbouh, : Urgences-réanimation habib thameur.
A.Grissa : Urgences-réanimation habib thameur.
I. Zaghdoudi : Urgences-réanimation habib thameur.
N. Borsali-Falfoul : Urgences-réanimation habib thameur.

Introduction : L'association d'une endocardite infectieuse (EI) et d'une méningo-encéphalite est rare mais grave. Le tableau clinique qui leur est associé peut présenter des similarités, conduisant à un défi diagnostique. Nous rapportons le cas d'une coinfection endocarditique avec une méningo-encéphalite herpétique.

Cas clinique : Il s'agissait d'une patiente de 26 ans suivie pour maladie de Charcot Marie Tooth admise pour coma fébrile avec une hémiparésie gauche. A l'IRM cérébrale faite deux semaines avant son admission : des anomalies multifocales sus et sous tentorielles évoquant une origine ischémique. La ponction lombaire (PL) n'a pu être faite devant une CIVD biologique (thrombopénie= 28000/ μ L, DDimères= 5669 mg/L). La patiente a été intubée ventilée et mise sous ceftriaxone à dose méningée. Au bilan étiologique des AVC du sujet jeune : échographie thoracique, facteur rhumatoïde, anticorps anti-nucléaires, anti-DNA natif, anticorps anticardiolipine, anticoagulant circulant et antiB2GP1 négatifs. Après correction du bilan d'hémostase, la PL a montré un LCR trouble, avec 85% de polynucléaires neutrophiles, une hypoglycorachie, une hyperprotéinorachie et une culture négative. La PCR sur LCR était positive à Herpès simplex virus1. Devant la persistance de la fièvre malgré l'introduction de l'aciclovir, la négativité de l'enquête bactériologique et les images multiples à l'IRM, L'échographie cardiaque a montré une végétation mitrale. Ainsi le coma fébrile a été rattaché à une méningo-encéphalite herpétique associée à des localisations secondaires cérébrales d'une EI. Le reste du bilan d'extension était négatif. L'évolution a été marquée par une apyrexie stable et une amélioration clinique et biologiques permettant un sevrage ventilatoire à J30 de la prise en charge.

Conclusion : L'endocardite infectieuse est une pathologie dont les manifestations cliniques peuvent être trompeuses. La normalité initiale de l'échographie n'élimine pas le diagnostic en l'absence d'un diagnostic différentiel.

P 006 LES MENINGOENCEPHALITES DE L'ADULTE : ETUDE DESCRIPTIVE

Jendoubi Asma : Des urgences hopital charles nicolle.
BOUKHTIR O : Des urgences hopital charles nicolle.
Othmani S : Des urgences Charles Nicolle.
Ouerghi S : Des urgences charles nicolle.
Jemai M : Des urgences charles nicolle.
Jouini S : Des urgences charles nicolle.

Introduction : Les méningo-encéphalites restent une pathologie grave malgré les avancées thérapeutiques et microbiologiques.

Objectif : L'objectif de notre étude est d'étudier les caractéristiques épidémiologiques des patients hospitalisés pour méningo-encéphalites

Méthode : Etude rétrospective descriptive depuis Janvier 2020 jusqu'au mois de Février 2023. Inclusion des patients âgés de plus de 18 ans hospitalisés aux urgences pour une infection neuroméningée. Une infection neuroméningée a été établie, en se référant aux données cliniques, microbiologiques (du liquide céphalo-rachidien) et radiologique et en se basant sur les recommandations de la société de pathologie infectieuse de langue française. Une analyse des caractéristiques épidémiologiques et cliniques, a été réalisée.

Résultat : Quarante-deux patients ont été inclus, âge moyen = 40,14 ans $\pm$ 19.5 [15 - 86], genre ratio=1,15. Les antécédents (%): éthylogisme chronique (6), Néoplasie (3), diabète (24). Les motifs de consultation (%): fièvre (79), céphalées (73), crises convulsives (6). L'analyse du liquide céphalo-rachidien (LCR) trouvait (%): une pléiocytose (89), une hyperprotéinorachie (62.2), une hypoglycorachie (50). L'examen direct du LCR était positif chez (25 %) des patients. Il s'agissait d'un Cocci gram - dans (10 %) des cas et d'une cocci gram + dans (15%). Une imagerie cérébrale était indiquée dans 54% des cas, elle montrait (%): signes d'atteinte encéphalitique (28), abcès (2) et une thrombose veineuse profonde (1). Le diagnostic final retenu était (%): méningite (70), méningo-encéphalite (28), encéphalite (1). L'infection neuro-méningée était (%): virale (40%), bactérienne (60%). L'antibiothérapie était à base de (%): céphalosporine de troisième génération (52.4%), gentamicine (14,6%) et ampicilline (14.6) La dexaméthasone était

indiquée dans 45.6% des cas. Une intubation orotrachéale était nécessaire chez 13,4% des cas, 3,7% ont nécessité le recours aux drogues vasoactives. Seulement 20% des patients étaient transférés aux services référents. La mortalité intrahospitalière était de 18 %.

Conclusion : L'infection neuroméningée est un réel problème de la santé avec une lourde morbidité. Le rôle de l'urgentiste est primordial pour une meilleure prise en charge diagnostic et thérapeutique.

P 007 MÉNINGO-ENCÉPHALITES D'ORIGINE INFECTIEUSE EN MILIEU DE RÉANIMATION: CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES ET ÉVOLUTIVES

Linda Messaoud : Réanimation médicale Rabta.

Emna Hammas : Réanimation médicale Rabta.

Maroua Jemii : Réanimation médicale Rabta.

Ikram Ben Braiek : Réanimation médicale Rabta.

Eya Seghir : Réanimation médicale Rabta.

Asma Mahdi : Réanimation médicale Rabta.

Yosr Touil : Réanimation médicale Rabta.

Ahlem Trifi : Réanimation médicale Rabta.

Sami Abdellatif : Réanimation médicale Rabta.

Introduction : La méningo-encéphalite est définie comme un processus inflammatoire du cerveau et des méninges, le plus souvent secondaire à une infection, ou plus rarement à un processus dysimmunitaire. Les méningo-encéphalites infectieuses représentent des causes fréquentes d'admission en réanimation.

Objectif : L'objectif de notre étude était de décrire les caractéristiques cliniques, étiologiques et évolutives des méningo-encéphalites chez les patients admis en réanimation.

Méthode : Nous avons mené une étude descriptive rétrospective portant sur une période de 8 mois allant de Janvier 2023 à Août 2023. Ont été inclus tout malade admis en réanimation pour méningo-encéphalite avec un score de Glasgow inférieur à 15. Ont été recueillies les données démographiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives de tous les patients inclus.

Résultat : Vingt-neuf patients ont été inclus avec un genre ratio à 2,62 et une moyenne d'âge de $52,52 \pm 18,83$ ans. Les antécédents fréquemment retrouvés étaient : le diabète (n=11), l'hypertension artérielle (n=6) et l'immuno-dépression (n=4). Nos patients étaient graves à l'admission avec des scores moyens IGS II à 45,89 et APACHE II à 19. Les principaux symptômes présentés par les patients étaient : fièvre (90%), céphalées (42%), agitation (31%), convulsions (28%), confusion (24%) et otalgies (20,8%). Le délai entre les premiers symptômes et l'hospitalisation en réanimation était en moyenne de 9 jours. Le scanner cérébral a été pratiqué chez tous les patients. Il était sans anomalies dans 70% des cas. La ponction lombaire a été réalisée chez tous les patients sauf deux suite à des troubles de l'hémostase. Les données de l'analyse du liquide céphalo-rachidien sont résumées dans le tableau I. La conduite thérapeutique a été de mettre sous : céphalosporine de 3^{ème} génération (22 patients), acyclovir (13 patients) et dexaméthasone (15 patients). Nous avons eu recours à l'intubation orotrachéale pour la majorité des patients soit 79,3% de la population. La durée médiane de la ventilation invasive était de 5 jours [2,50-12,50]. Les complications présentées par les patients étaient principalement : état de choc septique (48%), agression rénale aiguë (59%), thrombose veineuse cérébrale (20%), AVC ischémique (10%), œdème cérébral (7%). La mortalité était de 61% et la durée médiane d'hospitalisation en réanimation était de quatre jours.

Conclusion : Malgré les progrès dans la prise en charge thérapeutique, les méningoencéphalites infectieuses restent dotées d'un important taux de mortalité et de complications.

Tableau I : Données de l'analyse du liquide céphalo-rachidien (n=27)

Données concernant :	Détails	Résultats
Aspect du liquide	Trouble, n (%)	15, 52%
	Clair, n (%)	10, 34%
	Purulent, n (%)	2, 7%
Cytologie (el/ml)	Médiane	399
	Min-max	4-3000
	Prédominance PNN, n (%)	19, 66%
	Prédom lymphocytaire, n (%)	9, 31%
Biochimie	Protéïnorachie (g/l), médiane	2,4
	Hyperprotéïnorachie (> 0,4 g/l), n (%)	27, 100%
	Rapport Glycorachie/Glycémie, med	0,29
	Hypoglycorhachie, n (%)	20, 69%
	Lactates, médiane	4,2
Microbiologie	Culture positive, n (%)	15, 52 %
	Germes identifiés	
	Pneumocoque	8, 28%
	HSV	3, 10%
	Bacille de Koch	3, 10%
	Cryptococcus	1, 3%

P 008 SEPTICEMIE A KLEBSIELLA PNEUMONIAE RESPONSABLE D'UNE LOCALISATION CERVEALE SECONDAIRE: A PROPOS D'UN CAS

Allouche.H : Réanimation médicale Hôpital Habib Bougatfa de Bizerte.
Ben Hassine.H : Réanimation médicale Hôpital Habib Bougatfa de Bizerte.
Guissouma.J : Réanimation médicale Hôpital Habib Bougatfa de Bizerte.
Trabelsi.I : Réanimation médicale Hôpital Habib Bougatfa de Bizerte.
Benali.H : Réanimation médicale Hôpital Habib Bougatfa de Bizerte.
Gamara.FE : Réanimation médicale Hôpital Habib Bougatfa de Bizerte.
Samet.M : Réanimation médicale Hôpital Habib Bougatfa de Bizerte.
Brahmi.H : Réanimation médicale Hôpital Habib Bougatfa de Bizerte.
Ghadhoune.H : Réanimation médicale Hôpital Habib Bougatfa de Bizerte.

Introduction : La klebsiella pneumoniae est exceptionnellement responsable de méningite communautaire dans le monde en dehors des cas décrits dans certains pays d'Asie du Sud-Est. Elle survient habituellement sur un terrain débilité et est associée à une forte mortalité.

Cas clinique : Il s'agissait d'un patient âgé de 59 ans sans antécédents pathologiques qui présentait depuis une semaine des douleurs lombaires pour lesquelles il aurait pris des AINS et plusieurs injections de corticoïdes, admis au service de réanimation pour une altération de l'état de conscience compliquant un sepsis urinaire à Klebsiella pneumoniae BLSE. A l'examen initial, le patient avait un score de Glasgow à 6/15 associé à une déviation du regard à droite et une hémiplégie gauche sans détresse hémodynamique ni respiratoire. La biologie a mis en évidence un syndrome inflammatoire biologique (GB11250 e/mm³ et CRP 285 g/dL) associée à une agression rénale KADIGO 3. Le patient a été mis sous Céfotaxime, Gentamycine, Ampicilline et aciclovir à doses méningées. La TDM cérébrale était sans anomalies. La ponction lombaire a montré un liquide trouble, 230 EB à prédominance PNN, une hyperprotéïnorachie à 6,8 g/L, un rapport de glucose LCR/sang à 0,005 avec une culture négative. Cependant, deux

hémocultures étaient revenues positives à *Klebsiella pneumoniae* BLSE. Le diagnostic d'une localisation secondaire neuroméningée compliquant un sepsis urinaire a été donc retenue. Une IRM cérébrale a été faite montrant une ventriculite avec inondation ventriculaire sans indication neurochirurgicale. L'antibiothérapie a été ajustée selon l'antibiogramme à Méropénème et Lévofoxacine. L'évolution ultérieure a été marquée par l'absence de signes de réveil à l'arrêt de la sédation avec à l'IRM de contrôle une régression des signes de ventriculite mais apparition de microabcès périventriculaires. Le patient est ensuite décédé dans un tableau d'état de choc réfractaire associé à une défaillance multiviscérale.

Conclusion : La localisation neuro-méningée secondaire à une infection urinaire à *Klebsiella Pneumoniae* est une pathologie rare associée à une mortalité élevée d'où l'importance de contrôler l'usage des AINS et Corticoïdes qui pourraient être un agent facilitateur de cette complication.

P 009 PATIENTS ADMIS AUX URGENCES EN SEPSIS : APPORT DU RAPPORT NEUTROPHILES SUR LYMPHOCYTES

Tlaies Chaima : Service des urgences Hopital Mongi Slim _ la Marsa.
Demni Wiem : Service des urgences Hopital Mongi Slim _ la Marsa.
Bahria Wided : Service des urgences Hopital Mongi Slim _ la Marsa.
Jemai Khairedine : Service des urgences Hopital Mongi Slim _ la Marsa.
Ouerhani Khouloud : Service des urgences Hopital Mongi Slim _ la Marsa.
Sebai Jihene : Service des urgences Hopital Mongi Slim _ la Marsa.
Nouira Nourelhouda : Service des urgences Hopital Mongi Slim _ la Marsa.

Introduction : Le sepsis représente une urgence diagnostique et thérapeutique, responsable d'une morbi-mortalité importante. Il survient à la suite d'une réponse inflammatoire inadaptée de l'hôte face à une infection. L'apport pronostique du rapport neutrophiles sur lymphocytes (RNL) a été étudié dans différentes pathologies, notamment chez les malades en sepsis.

Objectif : L'objectif de notre travail était d'évaluer la valeur pronostique du rapport neutrophiles sur lymphocytes chez les patients admis aux urgences en sepsis.

Méthode : Il s'agissait d'une étude prospective, observationnelle, descriptive et analytique, réalisée au service des urgences de l'hôpital Mongi Slim, sur une période de 10 mois (avril 2022 et janvier 2023). Nous avons inclus tous les patients admis aux urgences en sepsis. Avec recueil des caractéristiques épidémiocliniques, biologiques, thérapeutiques et évolutifs et calcul du RNL à l'admission. Pour déterminer la valeur pronostique du rapport neutrophiles sur lymphocytes (RNL), nous avons établi la courbe ROC.

Résultat : Nous avons inclus 109 patients. L'âge moyen de nos patients était de 65 ± 15 ans. Le sexe ratio (F/H) était de 1,4. Les principaux antécédents médicaux étaient : le diabète (52,8%), l'hypertension artérielle (46,2%), l'insuffisance coronaire (16%) et l'insuffisance rénale chronique (12,3%). Les principaux motifs de consultation étaient : le fléchissement de l'état général (84,9%) les signes digestifs (43,4%) et les signes respiratoires (43,4%). Les portes d'entrée infectieuses les plus fréquemment retenues étaient : respiratoire (37,7%), urinaire (30,2%) et cutanée (20,8%). Le choc septique a été retenu d'emblée à l'admission chez 26 patients (24,5%). La moyenne du RNL à l'admission était de $14,6 \pm 13,8$. A J03 d'hospitalisation, le taux de mortalité intra-hospitalière était de 25,5%. En analyse univariée, le RNL apparaît comme un facteur prédictif de mortalité intra-hospitalière précoce ($p < 0,004$, OR= 2,96, IC95%=[3,23-14,97]. L'aire sous la courbe ROC du RNL selon la mortalité était de 0,75 ($p < 0,001$, IC95%=0,66-0,85). Le cut-off de 6 du RNL était prédictif de mortalité précoce ($p < 0,001$, Se=92%, Sp=68%).

Conclusion : Notre étude montre que le RNL possède une valeur pronostique chez les patients en sepsis, ce qui permet d'identifier les patients à haut risque d'évolution défavorable et d'optimiser leur prise en charge initiale.

P 010 ÉTATS SEPTIQUES SÉVÈRES AUX URGENCES : ASPECTS ÉPIDÉMIOCLINIQUES ET PRONOSTIC

Hmidi youssef : Urgences et SMUR hopital régional de Ben Arous.
Jlali kamel : Urgences et SMUR hopital régional de Ben Arous.
EBN brahim youssef : Urgences et SMUR hopital régional de Ben Arous.
Rhaïem sirine : Urgences et SMUR hopital régional de Ben Arous.
Ghazali hanene : Urgences et SMUR hopital régional de Ben Arous.
Souissi sami : Urgences et SMUR hopital régional de Ben Arous.

Introduction : La fréquence des états septiques sévères (ESS) ne fait pas de doute tout comme sa mortalité élevée

Objectif : L'objectif de notre étude était d'étudier les caractéristiques épidémiologiques, thérapeutiques et le pronostic des patients admis aux urgences pour ESS.

Méthode : Il s'agissait d'une étude prospective pronostique sur quatre ans. Inclusion des patients admis aux urgences pour ESS. Les caractéristiques épidémiologiques, thérapeutiques et évolutives ont été recueillies. Nous avons calculé les scores: SOFA, quick SOFA et Risk of Infection to Severe Sepsis and Shock Score (RISSC) puis évalué la mortalité à J30. Une étude multivariée en régression logistique a été réalisée.

Résultat : Deux cent treize patients ont été inclus. L'âge moyen était de 63 ± 18 ans avec un genre-ratio de 1,05. Les principales comorbidités étaient (%) : diabète (47), hypertension artérielle (43), insuffisance rénale chronique (13). Le motif de consultation le plus fréquent était la fièvre chez 147 patients, suivi de l'altération de l'état général chez 120 patients. Les origines du foyer septique identifiées étaient (%) : pulmonaire (47), rénal (28), cutanée (7,5) et neurologique (2,3). Une défaillance d'organe a été notée chez 196 patients (92%) dont (%) : défaillance rénale (47), défaillance cardiaque (37), défaillance pulmonaire (34). Le taux du lactate moyen à l'admission était de $4,93 \pm 2,32$ mmol/l. La clairance du lactate moyenne était de 42%. SOFA moyen était de $3,7 \pm 3,6$. RISSC moyen était de $2,6 \pm 4,6$ et le quickSOFA moyen était de 4 ± 2 . Tous les patients ont reçu une antibiothérapie, la molécule la plus prescrite était l'amoxicilline/acide clavulanique (22%) suivi des C3G (17%). La mortalité globale à J30 était de 18%. L'analyse multivariée en régression logistique a identifié quatre facteurs liés à une mortalité : âge supérieur à 70 ans (ORa=1,68, IC95% [1,04 ; 2,79], $p=0,004$) ; taux de HCO_3^- inférieur à 18 mmol/l (ORa=1,55, IC95% [1,10 ; 2,55], $p=0,04$), score de Glasgow inférieur à 13 (ORa=3,14, IC95% [1,60 ; 6,14], $p=0,001$) et score SOFA supérieur à 6 (ORa=2,43, IC95% [1,39 ; 4,23], $p=0,002$).

Conclusion : Les états septiques sévères sont fréquents avec une mortalité relativement faible par rapport à la littérature. Ceci est dû essentiellement à la précocité du diagnostic positif et à une prise en charge dynamique adaptée et dirigée par les facteurs prédictifs de mortalité ainsi que les recommandations internationales.

P 011 LES FACTEURS PREDICTIFS D'ETAT DE CHOC SEPTIQUE DANS LES PYELONEPHRITES AIGUES OBSTRUCTIVES

B.Mosbahi : Anesthésie-Réanimation La Rabta.

A.Hariz : Anesthésie-Réanimation La Rabta.

S.Mbarek : Anesthésie-Réanimation La Rabta.

H.Fakhfakh : Anesthésie-Réanimation La Rabta.

Y.Messoudi : Anesthésie-Réanimation La Rabta.

A.Ammous : Anesthésie-Réanimation La Rabta.

Introduction : La pyélonéphrite aiguë (PNA) obstructive peut progresser rapidement vers des formes graves allant jusqu'à l'état de choc septique.

Objectif : Le but de notre travail est de rechercher les facteurs prédictifs de l'état de choc de pyélonéphrites obstructives.

Méthode : Il s'agit d'une étude prospective sur une cohorte, incluant les patients hospitalisés pour une pyélonéphrite aiguë obstructive (PNA), menée dans notre service du mois de janvier 2022 jusqu'au mois d'avril 2023. L'état de choc septique en rapport avec une PNA obstructive était défini par sepsis associé à une hypotension persistante requérant des vasopresseurs pour maintenir une PAM ≥ 65 mmHg et une lactatémie < 2 mmol/L. On a effectué une étude analytique univariée, puis multivariée à la recherche de ces facteurs.

Résultat : Nous avons colligé cent trente patients dont 10 compliqués d'un état de choc septique (7,7%). L'âge moyen était de 59,28 ans. Les antécédents de diabète et d'hypertension artérielle ont été retrouvés respectivement chez 59,8 % et 38,5 % des cas. En analyse univariée, les facteurs prédictifs d'état de choc septique étaient : Taux de Prothrombine bas ($p = 0,0001$), taux de PNN ($p = 0,001$), leucopénie ($p = 0,0001$), taux d'hémoglobine bas ($p = 0,009$) et une durée de drainage retardée ($p = 0,001$). L'étude multivariée a montré que le TP bas et le retard de drainage étaient des facteurs indépendants d'état de choc septique (OR=0,83 IC 0,730-0,953) et (OR= 3,82 IC (1,10-13,24)).

Conclusion : Les patients qui ont été hospitalisés pour PNA obstructive et avaient un taux de prothrombine bas et une durée de drainage longue doivent être pris en charge précocement pour prévenir le passage en état de choc septique.

P 012 PATIENTS ADMIS AUX URGENCES POUR SEPSIS ET ETAT DE CHOC SEPTIQUE : CARACTERISTIQUES EPIDEMIO-CLINIQUES, THERAPEUTIQUES ET PRONOSTIQUES A COURT ET A LONG TERME

Wided bahria lasghar : Service des urgences Monji Slim.
Intisar Boussaid : Service des urgences Monji SLIM.
Rouaa Hajji : Service des urgences Monji SLIM.
Dorra ABdelhadi : Service des urgences Monji SLIM.
Yasmine walha : Service des urgences Monji SLIM.
Nour elhouda Nouira : Service des urgences Monji SLIM.

Introduction : Le sepsis et le choc septique représentent un fardeau mondial croissant et un défi pour les médecins urgentistes en raison de leur incidence croissante, leur grande complexité physiopathologique et clinique et sa grande morbi mortalité, temps dépendantes.

Objectif : Etudier les critères épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques et pronostiques des patients admis aux urgences pour sepsis et du choc septique aux urgences.

Méthode : Il s'agissait d'une étude rétrospective, observationnelle et descriptive, menée sur une période de 3 ans ayant inclus tout patient admis aux urgences pour un sepsis ou un état de choc septique. On a exclu de l'étude les patients avec dossier manquants. Les caractéristiques épidémiocliniques, thérapeutiques et le pronostiques des patients aux urgences et en intra-hospitalier a été étudiée.

Résultat : On a inclus 267 patients, le sex ratio était 6,38. L'âge moyen a été de 67 ans [18 - 94] ans avec 150 patients avaient un âge ≥ 65 ans. Les antécédents les plus fréquemment trouvés ont été : Diabète 50,8%, HTA 48,1%, Insuffisance rénale 14%, Insuffisance cardiaque 14,3%, Insuffisance respiratoire 8,6% et Coronaropathies 14,3%. Les motifs de consultation étaient : AEG 30,3%, Signes respiratoires 19,7%, Signes neurologiques 10,5%, signes urinaires 5,3%, signes digestifs 9,2% et signes cutanés 9,2%. 90,3% des patients ont été transportés par leurs propres moyens et 10,8% avaient reçu une antibiothérapie en ambulatoire. L'examen clinique avait montré : 41,9% de détresse respiratoire, 30,5% de PAS ≤ 90 et 30,6% de PAD ≤ 50 , 58,5% de tachycardies, 23,1% des signes de choc périphériques et 34,6% un score de Glasgow < 15 . 66,8% des patients étaient diagnostiqués de sepsis et 33,2% d'état de choc septique. Le point de départ les plus fréquents étaient : urinaire 33,5%, respiratoire 30,2%, cutanée 14,3% et abdominale 13,7%. Dans les états de choc, une Voie veineuse centrale était mise d'emblée dans (38,5%) puis le remplissage (90,9%) et le recours aux drogues vasoactives (35%) dont 10,1% d'emblée. Une antibiothérapie était administrée dans 96,5% pendant la première heure, dont le plus courant : Augmentin (15%). 38,4% des transferts assurés dont 7,5% en réanimation. La Mortalité intra hospitalière a été estimée à 35,7%, celle de 1 mois à 42,9% et celle de 6 mois à 29,7%.

Conclusion : La prise en charge du choc septique a considérablement progressé ces dernières années. Améliorer la connaissance des principales pierres angulaires épidémiologiques et thérapeutiques de cette maladie difficile est crucial est nécessaires pour obtenir des meilleurs résultats pour les patients.

P 013 ACEDIMIE, LACTATEMIE ET MORTALITE INTRA-HOSPITALIERE CHEZ LES PATIENTS AGES ADMIS AUX URGENCES POUR SEPSIS ET ETAT DE CHOC SEPTIQUE

Wided bahria lasghar : Service des urgences Monji Slim.
Intisar Boussaid : Service des urgences Monji SLIM.
Rouaa Hajji : Service des urgences Monji SLIM.
Dorra ABdelhadi : Service des urgences Monji SLIM.
Hind SAFI : Service des urgences Monji SLIM.
Nour elhouda Nouira : Service des urgences Monji SLIM.

Introduction : Plusieurs études ont prouvé que des niveaux élevés de lactates ont été utilisés pour stratifier le risque de gravité de la maladie en particulier dans le sepsis et l'état de choc septique notamment chez les sujets âgés et non l'acédémie.

Objectif : Etudier l'association entre le lactate sérique et l'acédémie avec la mortalité chez les patients âgés atteints du sepsis et d'état de choc septique.

Méthode : Il s'agissait d'une étude rétrospective observationnelle et descriptive, menée au service des urgences. Inclusion de tous les patients ayant un âge ≥ 65 ans et admis pour un sepsis ou état de choc septique (QSOFA ≥ 2). Une gazométrie a été faite à l'admission chez tous les patients ($\Delta h1$) avec $ph1$ et lactates 1 en mmol/L. Les patients

ont été répartis en quatre groupes en fonction de taux des lactates : Q1 <= 1,5 mmol/l ; Q2 entre 1,5 et 2,0 mmol/l ; Q3 entre 2,1 et 3,0 mmol/l et Q4 >= 3,0 mmol/l. Le critère de jugement principal a été la mortalité intra-hospitalière.

Résultat : On a inclus 150 patients avec un âge médian de 76 ans [65 - 94]. Le sexe ratio a été de 0,65. Les antécédents les plus fréquents étaient : Diabète 53 %, HTA 57 %, Insuffisance cardiaque 18,8 %, Coronaropathies 14,8 % et Insuffisance rénale 14,2 %. 69 patients avaient un sepsis (69,7 %) et 31 patients avaient un état de choc septique (30,5 %). Les points de départ du sepsis les fréquents étaient : respiratoire 34,4 % urinaires 36,5 %, abdominale 13,5 % et cutanée 10,4 %. Le taux moyen de lactates a été de 3 [0,6-13] mmol/L et le taux moyen de pH a été de 7,33 [6,85-7,66]. La durée de séjour moyenne aux urgences était de 18 heures +/- 3. La mortalité intrahospitalière a été de 60 %. 14,3 % ont été transférés dans les services de réanimation. Dans les différents groupes de lactates, Le Q1, le Q2 et le Q4 n'étaient pas des facteurs prédictifs de mortalité avec respectivement $p=0,34$, $p=0,058$ et $p=0,84$ alors que dans le Q3, $p=0,004$. En analysant la courbe ROC : Le pH acide a été un facteur prédictif de mortalité avec (AUC =0,722; $p=0,000$; CI 95% [0,617-0,826]) plus significatif que le taux de lactates avec (AUC = 0,650 ; $p=0,011$; CI95%[0,541-0,758]).

Conclusion : Chez les patients âgés atteints de sepsis, une relation positive et non linéaire a été découverte entre le lactate sérique et la mortalité intra-hospitalière. L'acidémie indépendamment du taux de lactates est un facteur prédictif de mortalité.

P 014 NON LINEAR RELATIONSHIP BETWEEN HEMOGLOBIN LEVEL AND INTRA-HOSPITAL MORTALITY IN SEPSIS AND SEPTIC SHOCK

Wided bahria lasghar : Service des urgences Monji Slim.

Intisar Boussaid : Service des urgences Monji SLIM.

Jihen sebai : Service des urgences Monji SLIM.

Dhekra hamdi : Service des urgences Monji SLIM.

Dorra ABdelhadi : Service des urgences Monji SLIM.

Nour elhouda Nouira : Service des urgences Monji SLIM.

Introduction : The sepsis and septic shock are common on the intensive care unit and at the emergency department. The hemoglobin level is one of the standard balance sheet at admission.

Objectif : Investigate the correlation between Hemoglobin level and mortality for patients diagnosed with sepsis or septic shock.

Méthode : A prospective cohort study was conducted over 3 years from 2021 until 5 september 2023. We included all patients aged more than 18 years and admitted to the emergency department for sepsis or septic shock. A routine blood test with Hb level was conducted at admission. The patients were divided into four groups (Hb < 100 g/L, 100 g/L ≤ Hb < 130 g/L, 130 g/L ≤ Hb < 150 g/L, Hb ≥ 150 g/L groups). Logistic regression model and Cox regression model were used to analyze the relationship between Hb level and intra_hospital mortality risk in different groups.

Résultat : A total of 276 patients with sepsis or septic shock were included. The median age was 64,9 [18-94] years old. The average Hb was 10,8[3,4-19]. The patients with Hb < 100 g/L were 81 (34%), with 100 g/L ≤ Hb < 130 g/L 108 (45%), with 130 g/L ≤ Hb < 150 g/L were 34 (14%) and with Hb ≥ 150 g/L were 16 (7%). We didn't receive the blood Hb results for 28 (10%) of patients. The mortality was shown in 87 patients (36%) for all groups. Multivariate Logistic regression analysis revealed that the mortality risks of patients with

Hb < 100 g/L was [odds ratio (OR) = 5,4; $P=0,02$; 95%CI [0,024-0,015]) and for 130 g/L ≤ Hb < 150 g/L, group was (OR = 4,13; $P=0,001$; 95%CI was 0,046-0,003]), the mortality risks of patients with 100 g/L ≤ Hb < 130 g/L and with Hb ≥ 150 g/L groups were respectively $p=0,4$ [0,48-0,21] and $p=0,9$ [1-0,5].

Conclusion : There is non linear relationship between Hemoglobin level and mortality. Lower Hb levels and Hb between 13 and 15 g/dl groups led to increased mortality risks for patients with sepsis and septic shock at the ED.

P 015 LES FACTEURS ASSOCIÉS AU SEPSIS CHEZ LES CONSULTANTS POUR INFECTION URINAIRE AUX URGENCES

Rezgui Emna : Urgence Mahmoud El Matri.
Khediri Ghada : Urgence Mahmoud El Matri.
Kallal Manal : Urgence Mahmoud El Matri.
Maaloul Sana : Urgence Mahmoud El Matri.
Ben Aicha Faycel : Urgence Mahmoud El Matri.
Zaouche Khadija : Urgence Mahmoud El Matri.

Introduction : Les infections urinaires sont la troisième cause de sepsis après les infections pulmonaires et intra-abdominales. Cette pathologie aiguë est grevée d'une mortalité croissante. La détection précoce du sepsis aux urgences conditionne le pronostic des patients.

Objectif : L'objectif de notre étude était de souligner les facteurs associés de sepsis chez les patients consultants les urgences pour une infection de l'arbre urinaire.

Méthode : Il s'agit d'une étude prospective observationnelle descriptive menée dans une structure d'urgence polyvalente d'un hôpital régional, durant une période de quatre mois (Mai 2023-Août 2023). Inclusion des adultes consultants les urgences pour une infection urinaire retenue sur bandelette urinaire (Leucocyturie positive) ou examen cyto bactériologique des urines. On a divisé la population en 2 groupes : sepsis et non-sepsis.

Résultat : nous avons colligé 71 patients, dont l'âge moyen était de 55 ± 21 ans avec un genre ratio à 0,29. Vingt-sept patients (38%) étaient d'âge supérieur à 65 ans. Le diabète était la comorbidité la plus fréquente (27%), suivie par l'hypertrophie prostatique (11%). Seulement (6%) des patients présentaient une infection urinaire récidivante et (4%) avaient l'antécédent d'une hospitalisation dans les trois derniers mois. Le motif de consultation par ordre de fréquence était : une brûlure mictionnelle 60 % des cas, une douleur lombaire 31% et une dysurie 20%. Une seule patiente du groupe sepsis est décédée aux urgences. Tableau 1 : Profils épidémiologique et biologique des patients : sepsis et non-sepsis

Conclusion : Notre étude a montré que l'âge avancé, une hypertrophie prostatique, une infection concomitante, un score de Glasgow inférieur à 15 ainsi que l'anémie étaient des facteurs associés au sepsis urinaire.

Tableau 1 : Profils épidémiologique et biologique des patients : sepsis et non-sepsis

	Sepsis N=15(21%)	Non-sepsis N=56(79%)	P
Age $\pm$ ET	74 $\pm$ 15	50 $\pm$ 19	<0.05
L'hypertrophie prostatique n (%)	5 (62%)	3 (37%)	0.004
Infection concomitante n (%)	5 (56%)	4 (44%)	0.05
Pyélonéphrite n (%)	13 (41%)	19 (59%)	<0.05
Score de Glasgow	14	15	<0.05
Hémoglobine (g/dl)	10.3 $\pm$ 2.3	12.2 $\pm$ 1.6	<0.05
Urée (mmol/l)	20.8 $\pm$ 12	5.9 $\pm$ 2	<0.05
Créatininémie (mmol/l)	281 $\pm$ 198	94 $\pm$ 37	<0.05

P 016 CARACTERISTIQUES CLINICO - BIOLOGIQUES ET SCORES DU SEPSIS DANS LES SERVICES D'ACCEUIL DES URGENCES VITALES

S. Yamoun : Urgence Hopital Charle Nicolle.
D.Hosni : Urgence Charle Nicolle.
H.Zouari : Urgence Charle Nicole.
Salma fatfouti : Urgence Charle Nicolle.
A.Zoubli : Urgence Charle Nicolle.
S.JOUINI : Urgence HCN.

Introduction : Le sepsis est un syndrome clinique de dysfonctionnement des organes potentiellement mortel provoqué par un dérèglement de la réponse à une infection qui impose un diagnostic et un traitement rapide.

Objectif : Décrire les données clinico-biologiques et les scores pronostiques pour l'évaluation des patients admis aux urgences pour sepsis indépendamment du point de départ de l'infection.

Méthode : Il s'agit d'une étude prospective descriptive et observationnelle incluant de manière consécutive les patients admis aux urgences pour sepsis sur une période de deux ans et demi.

Résultat : 213 patients ont été inclus au cours de la période d'étude avec un âge moyen de 61 ± 17 ans. Les paramètres cliniques ayant objectivé une fréquence respiratoire à $25 \text{ cpm} \pm 3,7$; SPO2 à l'air ambiant à $90 \pm 9,1$; PAS= $117 \text{ mmHg} \pm 25$; PAD= $67 \text{ mmHg} \pm 15$; Fréquence cardiaque à $105 \text{ bpm} \pm 19$; un score de Glasgow à 14 ± 1 et une température à $40 \pm 0,26$. Les Lactates à $2,69 \pm 1,99$. Les données gazométriques et biologiques : pH= $7,40 \pm 0,95$; pco2= $31,45 \pm 9,2$; pao2= $68,7 \pm 26,28$; hco3-= $20,6 \pm 7,9$; GB= 15131 ± 10534 ; PNN= $12303,5 \pm 6817$; Plaquettes= 251314 ± 148075 ; urée= 19 ± 35 ; créatinine= $281 \pm 284,4$; ASAT= $60,1 \pm 153,3$; ALAT= $40,9 \pm 70,8$;

CPK= $1598,9 \pm 6112,45$ Le SOFA score était de $4,11 \pm 2,29$; le score QSOFA= $1,8 \pm 0,47$; le NEWS 2 était de $6,87 \pm 2,81$ et le shock index était de $0,94 \pm 0,39$

Conclusion : Les données cliniques et biologiques sont des éléments importants qui orientent la prise en charge de toute pathologie, particulièrement le sepsis et leur disponibilité précoce améliore le pronostic du patient.

P 017 FACTEURS DE RISQUE DU SEPSIS CHEZ LE SUJET JEUNE AUX URGENCES

S.Yamoun : Urgence Hopital Charle Nicolle.

D.Hosni : Urgence Charle Nicolle.

Z.Houyem : Urgence Charle Nicole.

Z.Aymen : Urgence Charle Nicolle.

S.Jouini : Urgence Charle Nicolle.

Introduction : Le sepsis affecte principalement les individus déjà fragilisés, les nouveaux nés et les personnes âgées, mais peut atteindre des jeunes sans affection préalable.

Objectif : Décrire la présentation clinique et les différents facteurs de risque du sepsis chez le sujet jeune

Méthode : Il s'agit d'une étude prospective descriptive et observationnelle incluant de manière consécutive les patients admis aux urgences pour sepsis sur une période de deux ans et demi. Le critère d'exclusion : âge supérieur à 65 ans

Résultat : 114 patients ont été inclus dans l'étude avec un sex ratio à 1,7. La principale comorbidité retrouvée était le diabète chez 33 patients (soit 29%). Le Tabagisme est noté dans 26% des cas, l'éthylisme dans 7% des cas et la toxicomanie intraveineuse dans 7% des cas. La fièvre était présente chez 67% des cas, on note une prédominance de la symptomatologie digestive dans 31,5% des cas suivie des douleurs thoraciques dans 10% des cas. Ainsi, les principaux facteurs de risque du sepsis chez le sujet jeune étaient le Diabète ($P=0,008$) ; le Tabagisme ($P=0,005$) ; l'éthylisme ($P=0,007$) et la Toxicomanie IV ($P=0,007$)

Conclusion : Le sepsis chez le jeune est une pathologie grave et mortelle nécessitant une prise en charge adaptée et rapide.

P 018 FORMES GRAVES DE L'INFECTION PAR LE VIRUS VARICELLA ZOSTER CHEZ L'ADULTE IMMUNOCOMPÉTENT (À PROPOS DE 4 CAS)

Linda Messaoud : Réanimation médicale Rabta.

Ikram ben Braiek : Réanimation médicale Rabta.

Emna Hammas : Réanimation médicale Rabta.

Noussair Azzouz : Réanimation médicale Rabta.

Asma Mahdi : Réanimation médicale Rabta.

Eya Seghir : Réanimation médicale Rabta.

Yosr Touil : Réanimation médicale Rabta.

Ahlem Trifi : Réanimation médicale Rabta.

Sami Abdellatif : Réanimation médicale Rabta.

Introduction : La varicelle est une infection éruptive due au virus de la varicelle-zona. Habituellement fréquente et bénigne chez les enfants, elle est cependant rare et sévère chez l'adulte. L'évolution peut être émaillée de complications respiratoire et neurologique qui sont associée à une mortalité élevée surtout chez les immunodéprimés

Cas clinique : Nous rapportons une série de quatre patients admis pour insuffisance respiratoire aiguë secondaire à une infection varicelleuse dont un malade avait une altération de l'état neurologique associée. Tous les patients étaient de genre masculin, immunocompétents et sans ATCD pathologiques notables. La symptomatologie respiratoire

et neurologique a été décrite chez nos patients cinq jours en moyenne après l'apparition d'une éruption faite de maculo-papules, de vésicules, de croûtes, et de pustules d'âges différents disséminées sur tout le corps. L'évolution clinique et radiologique a été favorable chez trois patients. Les données démographiques, cliniques, paracliniques, évolutives et thérapeutiques des patients sont résumés dans le tableau I.

Conclusion : L'originalité de notre série réside dans la survenue des complications pulmonaire et neurologique d'une infection varicelleuse grave chez des sujets immunocompétents (très peu de cas rapportés dans la littérature) avec une évolution favorable sous traitement antiviral dans la majorité des cas.

Tableau I : Les données clinique, radiologique, thérapeutique et évolutives des patients sont résumés dans le tableau I

	Âge	Clinique	Radiologique	Thérapeutique	Évolutive
Patient 1	38	-Insuffisance respiratoire aiguë : sous MHC 10l/min -SG= 10/15	-Radiographie du thorax : Infiltras diffus -L'IRM C-M montre un aspect qui peut cadrer avec encéphalomyélite aiguë disséminée (ADEM) post varicelle	VMC, acyclovir et corticoïdes à doses fortes à base de Méthylprednisolone 1g/j pendant 3 jours (corticoïdes ont été prescrits car le diagnostic d'ADEM a été évoqué)	Favorable
Patient 2	29	Détresse respiratoire aiguë : sous MHC 15l/min avec des signes de lutte	Scanner thoracique : Pneumopathie virale bilatérale associée à des signes de surinfection bactérienne et un épanchement pleural liquidien de grande abondance	-Drainage thoracique -VNI -Acyclovir et antibiothérapie empirique	Favorable
Patient 3	45	Détresse respiratoire aiguë sous OHD (FiO2=1, débit=60l/min)	Scanner thoracique : Aspect d'une pneumopathie virale bilatérale	-Échec de l'OHD -VMC -Acyclovir	Défavorable
Patient 4	52	Insuffisance respiratoire aiguë : sous MHC 8l/min	Scanner thoracique : plages d'hyperdensités en verre dépoli diffuses bilatérales et symétriques évoquant une pneumopathie infectieuse d'origine virale.	-VNI -Acyclovir	Favorable

P019 COMPLICATIONS LIEES AUX PNEUMOPATHIES AIGUES COMMUNAUTAIRES GRAVES EN REANIMATION : PREVALENCE, FACTEURS DE RISQUE ET IMPACT PRONOSTIQUE : RESULTATS PRELIMINAIRES

A.Mehdi : Réanimation Médicale la Rabta.
M.Chérif : Réanimation Médicale la Rabta.
N.Azzouz : Réanimation Médicale la Rabta.
B.Tlili : Réanimation médicale la Rabta.
L.Messaoud : Réanimation Médicale la Rabta.
E.Seghir : Réanimation Médicale la Rabta.
Y.Touil : Réanimation Médicale la Rabta.
A.Trifi : Réanimation Médicale la Rabta.
S.Abdellatif : Réanimation Médicale la Rabta.

Introduction : La pneumopathie aigue communautaire grave est une cause fréquente d'admission en USI. La mortalité rapportée dans le monde avoisine les 56%. Son évolution peut être émaillée par plusieurs complications locales et systémiques.

Objectif : Étudier la prévalence, les facteurs de risque et l'impact pronostique des complications liées aux PAC graves en réanimation.

Méthode : Il s'agit d'une étude de cohorte observationnelle prospective comparative menée sur une période de deux mois. On prévoit l'inclusion de 100 patients sur un an. Étaient inclus les patients âgés de 18 ans ou plus admis en réanimation pour une PAC grave.

Les pneumopathies associées aux soins ainsi que les malades avec une fibrose évolutive (Infiltrat radiologique difficile à caractériser) étaient non inclus dans l'étude.

Résultat : 30 patients ont été admis pour PAC grave, soit 29% de l'ensemble des admissions dans notre unité au cours de la période d'étude. L'âge médian était de 64,5 ans. Le genre ratio était de 2.3. L'HTA et le diabète étaient observés respectivement dans 36,7% et 46,7% des cas. Les scores SOFA et APACHII médians étaient respectivement de 4 [2-7.5] et de 11 [6-16,5]. À l'admission, la majorité des patients étaient classés à haut risque de mortalité selon la Pneumonia Severity Index avec 20/30 (66,7%) appartenant à la classe IV et V et 50% remplissaient les critères d'admission en USI selon l'IDSA/ATS. La dyspnée était observée dans 90% des cas (N=27). Le rapport PaO₂/FiO₂ moyen était de 218,9±118,7. Au cours de l'évolution 20/30 (66,7%) ont présenté des complications locorégionales (abcès, empyème, Pyo-pneumothorax..) ou systémiques (choc septique, CIVD, syndrome coronarien aigu..) (Fig). En analyse univariée, les facteurs de risque associés aux complications étaient : le genre masculin, la sévérité initiale de la PAC, la FR >30 cycles/min et un taux d'urée >20mg/L. Le taux de plaquettes était significativement plus bas en présence de complications. L'extension des images radiologiques n'était pas associée à un plus haut risque de complications (Tableau). Étant le faible effectif à l'heure actuelle, on n'a pas pu procéder à l'analyse multi-variée. La mortalité à j28 et le recours à la ventilation mécanique étaient plus importants au cours des PAC compliquées avec respectivement p=0.004 et p<10⁻³ sans impact significatif sur le coût de soins (1440 Dinars vs 1220D p=0.62).

Conclusion : Au cours des PAC graves, l'évolution vers des complications locorégionales ou systémiques était associée à plusieurs paramètres cliniques et biologiques. Leur présence augmente le risque de mortalité à j28 sans affecter le coût de soins.

Tab : Etude comparative des PAC compliquées VS non compliquées

	Complications(+) (N=20)	Complications(-) (N=10)	p
Caractéristiques de base			
Age>65 ans N(%)	10 (50)	4 (40)	0.7
Sexe masculin N(%)	17 (85)	4 (40)	0.03
HTA N(%)	8 (40)	3 (30)	0.7
DTN(%)	4 (20)	10 (50)	0.7
SOFA med IQR	5.5 [4-9]	2.5 [0.7-3.25]	0.005
APACHII med IQR	12,5[8-22]	7[5-11]	0.014
Scores de sévérité de la PAC			
CURB 65 med IQR	2[1-3]	1[0-1.25]	0.003
PSI med IQR	122[104-163]	66.5 [54-119]	0.008
Nécessité USI *N(%)	14 (70)	1(0)	0.005
CAP-PIRO med IQR	2[1.25-3]	1.5 [0.75-2]	0.045
Présentation clinique initiale			
PaO2/FiO2 med IQR	156[113-263]	290[134-343]	0.07
Dyspnée N(%)	17(85)	10 (100)	0.53
FR>30 N(%)			
Paramètres biologiques initiaux			
CRP (g/L) Med IQR	189[81-337]	104[31-195]	0.06
Lactate(mmol/L) Med IQR	2.1[1.4-4.6]	1.7[0.9-2.6]	0.22
Urée (mmol/L) Med IQR	10[7.3-22.5]	4.45 [2.5-9,6]	0.025
Créatinine (ymol/L) Med IQR	119[80.5-273]	62[51-107]	0.011
Urée>20mg/L	14 (70)	3 (30)	0.05
PLQ (*10 ³) Moy ±ET	158±83	263±95	0.031
Thrombopénie à l'admission	11(55)	2(20)	0.046
Paramètres radiologiques à l'admission			
Atteinte multilobaire N(%)	13 (65)	3(30)	0.12

Fig 1a: Complications loco-régionales

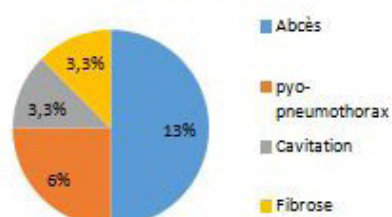
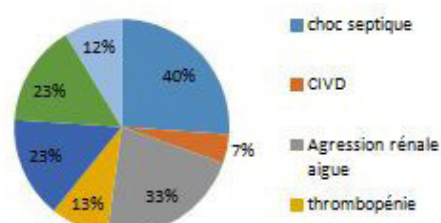


Fig 1b: Complications systémiques



P 020 PULMONARY ABSCESS AND EMPYEMA CAUSED BY STREPTOCOCCUS CONSTELLATUS IN IMMUNOCOMPETENT PATIENT: ABOUT A CASE

Amenne Alouini : Réanimation Médicale Hopital Habib Thameur de Tunis.
Nadia Zarouene : Réanimation Médicale Hopital Habib Thameur de Tunis.
Ines Belgecem : Réanimation Médicale Hopital Habib Thameur de Tunis.
Wala Brahmi : Réanimation Médicale Hopital Habib Thameur de Tunis.
Imen Zaghdoudi : Réanimation Médicale Hopital Habib Thameur de Tunis.
Hajer Mechmeche : Réanimation Médicale Hopital Habib Thameur de Tunis.
Ines Sedghiani : Réanimation Médicale Hopital Habib Thameur de Tunis.
Nebiha Borsali Falfoul : Réanimation Médicale Hopital Habib Thameur de Tunis.

Introduction : Streptococcus constellatus is a commensal germ that belongs to the oral cavity's flora, urogenital region, and intestinal tract. It can cause pyogenic infections, such as dental, peritonsillar, and sinus abscesses, generally in immunosuppressed patients.

This bacteria rarely causes a pulmonary infection in immunocompetent patients.

Cas clinique : We present a case of a 48 years old immunocompetent man, that consults the emergency department for chest pain with dyspnea and fever. The computed tomography chest scan showed a right pulmonary abscess associated with homolateral multilocular pleural empyema. He benefited from a chest tube by posterior route ultrasound guided at the level of the fourth intercostal space. He then received fibrinolysis by streptokinase and washed the pleural cavity with saline serum and colistin. He received a triple antibiotic therapy: cefotaxime, metronidazole, and levofloxacin. The ultrasound-guided drainage's culture found a Streptococcus constellatus. The evolution was marked by an improvement in his respiratory status and a decrease in oxygen requirements. The patient maintained a stable hemodynamic state with a regression in the abscess size. The patient's discharge at home was authorized after 45 days of effective antibiotic therapy.

Conclusion : The particularity of this case is the pulmonary location of the infection in an immunocompetent patient. The good evolution of this clinical case was in line with the literature.

P 021 UN SYNDROME DE DETRESSE RESPIRATOIRE AIGU SECONDAIRE A UNE PNEUMOPATHIE A PARAINFLUENZA-VIRUS-3 : A PROPOS DE QUATRE CAS

S.Jerbi : Réanimation Polyvalente Hbib Bourguiba Sfax.
O.Turki : Réanimation Polyvalente Hbib Bourguiba Sfax.
A.Dammak : Réanimation Polyvalente Hbib Bourguiba Sfax.
A.Hadded : Réanimation Polyvalente Hbib Bourguiba Sfax.
A.Smaoui : Réanimation Polyvalente Hbib Bourguiba Sfax.
K.Chtara : Réanimation Polyvalente Hbib Bourguiba Sfax.
R.Ammar : Réanimation Polyvalente Hbib Bourguiba Sfax.
H.Chelli : Réanimation Polyvalente Hbib Bourguiba Sfax.
C.BenHamida : Réanimation Polyvalente Hbib Bourguiba Sfax.
M.Bouaziz : Réanimation Polyvalente Hbib Bourguiba Sfax.
S.Gargouri : Virologie Hbib Bourguiba Sfax.
L.Berrajah : Virologie Hbib Bourguiba Sfax.
H.Hakim : Virologie Hbib Bourguiba Sfax.

Introduction : Le Parainfluenza-Virus-3, généralement associé à une symptomatologie bénigne de rhinopharyngite, peut entraîner des cas sévères de pneumopathie sur des terrains d'immunodépression. On rapporte quatre cas cliniques caractérisés par des présentations inhabituellement graves chez des malades jeunes bien portants.

Cas clinique : Il s'agit de 4 patients qui ont été hospitalisés en unité de soin intensif durant les 2 mois d'août et septembre 2023 pour une insuffisance respiratoire aigue en rapport avec une pneumopathie infectieuse. Le tableau était d'emblée grave avec SDRA nécessitant le recours au support ventilatoire chez tous les patients. Des opacités alvéolo-interstitielles extensives à la radiographie thoracique et à la tomodensitométrie thoracique ont été objectivées, associé à un syndrome inflammatoire franc avec une hyperleucocytose et une CRP > 250. Un test de PCR multiplex était pratiqué chez ces patients, dans les 24 premières heures d'hospitalisation, revenant positif au Parainfluenza-Virus-3. L'évolution était favorable chez 3 patients avec un sevrage de la ventilation mécanique dans les 7 premiers jours.

Conclusion : Ces cas de pneumopathie grave à Parainfluenza-Virus-3, illustrent bien la capacité des génomes viraux à évoluer dans leur comportement pathologique. C'est dire l'importance de la recherche des virus par une PCR multiplex pour mieux comprendre leurs variations et prévoir les éventuelles complications graves.

P 022 CARACTÉRISTIQUES ÉPIDÉMIOCLINIQUES ET PRONOSTIQUES DES PATIENTS HOSPITALISÉS AUX URGENCES POUR UNE PNEUMOPATHIE AIGUE COMMUNAUTAIRE

Touj Hager : Urgences-réanimation hôpital Habib Thameur.
Smiri Ahmed : Urgences-réanimation hôpital Habib Thameur.
Madhbouh Safa : Urgences-réanimation hôpital Habib Thameur.
Chamsi Anissa : Urgences-réanimation hôpital Habib Thameur.
Sedghiani Ines : Urgences-réanimation hôpital Habib Thameur.
Borsali Nebiha : Urgences-réanimation hôpital Habib Thameur.

Introduction : L'incidence des pneumopathies aiguës communautaires (PAC) est en perpétuelle augmentation dans le monde avec une morbi-mortalité lourde. En France, l'incidence des PAC est de 4,7 pour 1000 habitants/an (1). L'étude des caractéristiques des patients permet d'améliorer les moyens thérapeutiques.

Objectif : L'objectif de notre étude était de décrire les caractéristiques épidémiocliniques, biologiques, radiologiques et pronostiques des patients admis au service des urgences pour prise en charge d'une pneumopathie aigue communautaire

Méthode : étude descriptive, rétrospective durant 5 mois (septembre 2022- janvier 2023) colligeant les PAC admises aux urgences. Les données épidémiologiques, cliniques, biologiques, radiologiques ainsi qu'évolutives ont été enregistrées sur une fiche de recueil de données conçues pour cette étude. Un consentement oral pour l'utilisation de ces données a été obtenu au près des patients avant de remplir la fiche. L'étude statistique a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS.

Résultat : Nous avons inclus 93 patients. L'âge moyen était de 65 ± 15 ans avec 60 patients (64,5%) âgés de plus de 60 ans. Le genre ratio était de 2,1. Les comorbidités observées étaient le diabète (35,5%), l'hypertension artérielle (35%), la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) (25,8%) et l'insuffisance cardiaque (16%). Le motif de consultation était la dyspnée chez 61 patients soit 65%. A l'examen, 51 patients (55,2%) étaient polyéniques, la médiane de saturation périphérique (SpO2) était de 88% avec des extrêmes de 53 et 98%, à l'auscultation pulmonaire 40 (43%) patients avaient des râles ronflants et 27 (29%) des râles crépitants.

Deux patients (2,2%) avaient des signes périphériques de choc. Le score de Glasgow était ≤ 13 dans 16 cas (17,2%). Une hyperleucocytose était présente chez 46 patients (49,5%), une lymphopénie chez 40 patients (43%), une CRP positive dans 89,2 % des cas, une $PCT \geq 0,5$ g/l chez 27 patients (29%), une thrombopénie et un TP < 50% chez respectivement 17 (18,3%) et 18 (19,4 %) patients. A la radio thorax : une opacité alvéolaire systématisée était présente chez 59 (63,4%) malades. L'ECBC prélevé chez 15 patients (16,4%) était positif dans 9 cas (9,7%). Le score CURB 65 était > 2 chez 29 patients (30%). Le traitement a comporté l'oxygénothérapie dans 90 cas (96,8%) avec recours à un support ventilatoire type VS-AI-PEP chez 17 patients (18,3%) et l'intubation orotrachéale chez 4 (4,3%), une bi-antibiothérapie empirique chez 65 (69,9%). 17 patients (18,3%) ont été transférés en réanimation. La mortalité intra-hospitalière était de 23,7 %.

Conclusion : Nos résultats montrent une discordance entre la présentation clinique initiale souvent rassurante et une mortalité élevée, soulignant l'importance de poser l'indication d'hospitalisation en considérant le terrain souvent polypathologique pour améliorer le pronostic de la PAC.

P 023 PNEUMOPATHIES AIGUES COMMUNAUTAIRES : LES FACTEURS DE RISQUE LIÉS AU DÉCÈS

Hager Touj : Urgences-réanimation hôpital Habib Thameur.
Benzarti Yessmine : Urgences-réanimation hôpital Habib Thameur.
Smiri Ahmed : Urgences-réanimation hôpital Habib Thameur.
Brahmi Wala : Urgences-réanimation hôpital Habib Thameur.
Garbaa Yessmine : Urgences-réanimation hôpital Habib Thameur.
Sedghiani Ines : Urgences-réanimation hôpital Habib Thameur.
Borsali Nebiha : Urgences-réanimation hôpital Habib Thameur.

Introduction : Les pneumopathies aiguës communautaires (PAC) représentent la pathologie infectieuse la plus fréquente au monde. Il s'agit d'une maladie potentiellement grave pouvant engager le pronostic vital d'où l'importance de détecter les premiers signes de gravité pour améliorer le pronostic des patients.

Objectif : Décrire les facteurs de risque associés au décès des patients hospitalisés aux urgences pour prise en charge d'une pneumopathie aigue communautaire.

Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective incluant les patients âgés de plus de 18 ans admis aux urgences pour prise en charge d'une pneumopathie aigue communautaire (PAC), étalée sur une période de 5 mois (septembre 2022- janvier 2023). Les femmes enceintes, les patients traités pour pneumopathie nosocomiale ainsi que les patients admis pour des diagnostics multiples ont été non inclus. Un consentement oral a été obtenu auprès de tous les patients inclus. On a réalisé une étude statistique pour déterminer les facteurs associés au décès à partir des données recueillies sur la fiche établie pour notre étude.

Résultat : Notre étude a colligé 93 patients admis au service des urgences pour PAC. L'âge moyen était de 65 ± 15 ans et le sexe ratio était de 2,1. La mortalité intra-hospitalière était de 23.7%. Les comorbidités associées au décès étaient : la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) avec $p=0.05$, les néoplasies avec $p=0.001$. Les facteurs clinico-biologiques liés au décès étaient un score de Glasgow <13 chez 14 avec $p=0.006$, l'anémie avec une hémoglobine < 10 g/dl avec $p=0.004$, et le recours à la ventilation non invasive avec $p=0.002$. Le recours à l'intubation orotrachéale était aussi associé au risque de décès avec $p=0.03$. Un score CURB 65 supérieur à 2 ainsi qu'un score SOFA ≥ 2 étaient liés au décès avec respectivement $p=0.025$ et $p=0.002$. La courbe de ROC du score CURB 65 supérieur à 2 par rapport au décès a montré une aire sous la courbe (AUC) de 0.78 avec une sensibilité et une spécificité respectivement de 75% et 79%.

Conclusion : L'identification des facteurs associés au décès permettra de mieux prendre en charge les patients et de pallier à la surmortalité liée à une sous-estimation de la gravité des patients.

P024 EARLY VENTILATOR-ASSOCIATED PNEUMONIA IN TRAUMA PATIENTS: EPIDEMIOLOGY AND PROGNOSTIC IMPACT

I.Bannour : Anesthésie réanimation EPS Mahdia.
I.Radhouan : Anesthésie réanimation EPS Mahdia.
O.Foudhaili : Anesthésie réanimation EPS Mahdia.
T.Souissi : Anesthésie réanimation EPS Mahdia.
H.Attia : Anesthésie réanimation EPS Mahdia.
M.Oauz : Anesthésie réanimation EPS Mahdia.
A.Majdoub : Anesthésie réanimation EPS Mahdia.

Introduction : In polytrauma patients, there is a dysfunction of both the innate and the acquired immunity, which encourages the occurrence of nosocomial infections.

Objectif : The aim of our study was to determine the epidemiological and bacteriological profile of early VAP in trauma patients and its prognostic impact

Méthode : We conducted a retrospective study over a period of two years (January 2021-December 2022). We included all trauma patients aged over 15 years who required mechanical ventilation for more than 48 hours. The epidemiological, clinical, biological, radiological and therapeutic data of each patient was collected. The variables were compared using appropriate tests including chi-square test, Fisher's exact test, and Student t tests. A p value less than .05 was considered significant. Statistical analysis was performed using SPSS Statistics version 22.

Résultat : During this period, 105 patients were admitted in our resuscitation unit, 37 patients were intubated either immediately or within the first 48 hours. The mean age was 30.81 ± 17.68 years; APACHEII 14.24 ± 6.98 ; IGSII 28.35 ± 14.07 , ISS 32.22 ± 15.2 , 25 patients had chest trauma (67.5%), and 28 patients (75.7%) had head trauma. 17 patients with head trauma had GCS <8 (45.9%). 17 patients (ie 45.9%) developed a VAP. 9.2% of the infections were caused by *Pseudomonas aeruginosa* (23.5% of PAMV) followed with *acinetobacter baumannii* and *staphylococcus aureus* (17.6% of VAP). Each *Klebsiella pneumoniae*, *E coli*, *proteus mirabilis* and *enterobacter aerogenes* were isolated in 5% of the PAMV. The average time until the occurrence of the VAP was 4.35 ± 1.65 days. In univariate analysis, seizure prevention ($p: 0.005$), prophylactic antibiotic treatment ($p: 0.04$), lack of early nutrition ($p: 0.015$) and use of vasoactive drugs ($p: 0.004$) were significant predictors of VAP in the trauma patients. Patients who developed VAP had significantly longer duration of stay (24.06 ± 26.9 VS 3.85 ± 2.18 days, $p = 0.002$) sedation (1.27 ± 1.34 VS 6.83 ± 4.98 days; $p < 0.0001$) and mechanical ventilation (2.14 ± 1.9 VS 18.47 ± 25.99 days; $p = 0.008$). The mortality rate was also higher 40.9% VS 59.1% $p = NS$.

Conclusion : Despite the absence of risk factors for acquiring resistant bacteria in trauma patients, *Pseudomonas aeruginosa* represents 23.5% of the bacteria found in this early pneumonia. The first hypothesis remains linked to the prophylactic antibiotic treatment, selecting the multi-resistant bacteria.

P 025 LES ABCÈS PULMONAIRES : UNE COMPLICATION GRAVE DES PNEUMOPATHIES EN RÉANIMATION

S.Kharraat : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
A.Ben Khalifa : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
S.Bouaziz : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
A.Dammak : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
A.Smaoui : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
K.Chtara : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
M.Bahloul : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
H.Chelly : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
C.Ben Hamida : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
M.Bouaziz : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.

Introduction : Les pneumopathies infectieuses sous ventilation mécanique en milieu de réanimation peuvent se compliquer, du fait de facteurs liés aux germes ou à l'hôte, d'une destruction du parenchyme pulmonaire à l'origine des abcès pulmonaires.

Objectif : Etudier l'épidémiologie et les signes cliniques et paracliniques de l'abcès pulmonaire en réanimation et reconnaître les facteurs prédictifs de mortalité.

Méthode : Nous avons mené une étude rétrospective, descriptive et analytique durant 1 an et demi de Janvier 2022 jusqu'au Juin 2023 au sein du service de réanimation médicale. Nous avons inclus tous les malades qui ont présenté un abcès pulmonaire compliquant une pneumopathie acquise sous ventilation mécanique confirmé par imagerie. Les patients développant des abcès primitifs ont été exclus.

Résultat : On a colligé pendant la période d'étude 9 patients. L'âge médian était de 51 ans [42-68] avec un sex ratio de 3,5. Vingt-deux pourcent des patients étaient diabétiques, 11% étaient hypertendus et 11% étaient insuffisants respiratoire chronique. Le score APACHE II médian a été de 10 [4-23] et le score IGSII 35 [30-65]. Le motif le plus fréquent d'hospitalisation était une détresse respiratoire (55,5%). Les patients ont développé cette pneumopathie à j 15 d'hospitalisation et à j 12 de ventilation mécanique en moyenne. La température moyenne a été de 38 le jour du diagnostic et le score SOFA a été de $7 \pm 2,1$, le taux de globules blancs moyen a été de 16700 élément/mm³ et la CRP de 174 mg/l. Le siège le plus fréquent était dans le lobe inférieur droit dans 55,5%. Les germes les plus incriminés étaient *Proteus mirabilis* dans 33,3% des cas, *Pseudomonas aeruginosa* dans 22,2% des cas et *Klebsiella pneumoniae* dans 22,2% des cas. Le traitement était chirurgical dans un cas et un drainage échoguidé a été fait dans 33,3% des cas. Une bi antibiothérapie a été entamé d'emblée dans 100% des cas. L'abcédation pulmonaire a été compliquée de choc septique dans 77,8% des cas et de syndrome d'activation macrophagique dans 33,3% des cas. La durée médiane de séjour était de 36 jours [14-45] avec recours à la trachéotomie dans 100% des cas. La mortalité a été de 55.6%. Les facteurs liés à un mauvais pronostic étaient la gravité à l'admission : IGSII>48,5 (p=0,04) et l'installation de CIVD (p=0,04).

Conclusion : Les pneumopathies abcédées sont des complications peu fréquentes en réanimation. Elles se caractérisent le plus souvent par une évolution rapide et des complications graves. Une prise en charge multidisciplinaire est nécessaire pour guider les choix thérapeutiques adaptés à chaque patient et chaque situation.

P 026 ABCES HEPATIQUE A CANDIDA CHEZ UN PATIENT IMMUNOCOMPETENT

N.Zarouane : Urgences-réanimation habib thameur.
I.Sedghiani : Urgences-réanimation habib thameur.
W. Brahmi : Urgences-réanimation habib thameur.
Y.Garbaa : Urgences-réanimation habib thameur.
G. Dhahak : Urgences-réanimation habib thameur.
D. Khomsi : Urgences-réanimation habib thameur.
I. Zaghdoudi : Urgences-réanimation habib thameur.
C. Chamakhi : Radiologie habib thameur.
N. Borsali-Faloul : Urgences-réanimation habib thameur.

Introduction : Les abcès hépatiques d'origine fongique sont rares en l'absence d'un terrain d'immunodépression. Le diagnostic repose essentiellement sur l'imagerie hépatique et sur les prélèvements mycologiques qui sont souvent négatifs. Nous rapportons une observation d'un abcès hépatique à *Candida* chez un sujet immunocompétent.

Cas clinique : Il s'agissait d'un homme de 43 ans sans antécédents pathologiques, consultant pour asthénie et fièvre évoluant depuis une semaine. Le patient était fébrile à 38,5°C, polypnéique à 24 cpm, SpO₂=90% à l'air ambiant, PA=127/88 mm Hg, FC=132bpm, sensibilité abdominale diffuse et ictère. A la biologie : un syndrome inflammatoire

biologique (CRP 324mg/L, PCT=2,17 ng/ml), une insuffisance rénale aiguë (urée=22,7 mmol/L, créatinine= 347 µmol/L), une cytolysé (ASAT= 9 x N, ALAT= 5 x N), une cholestase à prédominance conjuguée. Le scanner a montré une pneumopathie droite, un épanchement pleural et une hépatomégalie multinodulaire évoquant des abcès angiocholitiques permettant le diagnostic de sepsis d'origine digestive et pulmonaire. La cytoponction hépatique a montré une nécrose non spécifique sans granulomes tuberculoïdes ni cellules tumorales. L'évolution sous ceftriaxone, métronidazole, Ciprofloxacine et gentamicine était marquée par la persistance de la fièvre, l'aggravation de l'état respiratoire, la diminution partielle du SIB, la majoration des lésions hépatiques et à la ponction hépatique, un liquide trouble avec un aspect nécrotico-inflammatoire. L' α -foetoprotéine, le CA 125, le quantiféron, la culture et la PCR BK du liquide de cytoponction, les sérologies des hépatites B et C, HIV étaient négatifs. Le Béta-D-Glucose et l'anticorps anti-manane étaient positifs. L'index de colonisation a montré du *Candida albicans*, *dubliniensis* et *glabrata* sensibles au voriconazole. L'antibiothérapie a été élargie à imipénème, Colistine et Tigécycline à J8 d'hospitalisation et le Voriconazole prescrit à J14. L'amélioration clinique a commencé à partir de J19 et l'amélioration biologique et radiologique à J30.

Conclusion : Cette observation illustre l'importance des examens mycologiques devant les infections rares, graves et inhabituelles tel un abcès hépatique, même chez le sujet immunocompétent.

P 027 PLEURESIE PURULENTE EN MILIEU DE REANIMATION

R.Gaddour : Réanimation médicale Hôpital Régional de Zaghuan.

F. Essafi : Réanimation médicale Hôpital Régional de Zaghuan.

I.Talik : Réanimation médicale Hôpital Régional de Zaghuan.

K. Ben Ismail : Réanimation médicale Hôpital Régional de Zaghuan.

N.Ben Slimene : Réanimation médicale Hôpital Régional de Zaghuan.

A.Azaza : Réanimation médicale Hôpital Régional de Zaghuan.

A.Bayyoudh : Pneumologie Hôpital Régional de Zaghuan.

T. Merhabene : Réanimation médicale Hôpital Régional de Zaghuan.

Introduction : La pleurésie purulente ou empyème est l'infection du liquide dans la cavité pleurale. Elle complique le plus souvent les pneumonies et aggrave le pronostic des patients.

Objectif : Étudier les données épidémiologiques, cliniques, radiologiques, microbiologiques et évolutives des pleurésies purulentes en milieu de réanimation.

Méthode : Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive menée au service de réanimation médicale polyvalente de notre hôpital de Janvier 2022 jusqu'au Août 2023. Ont été inclus tous les patients avec pleurésies purulentes retenues sur des données cliniques, échographiques et microbiologiques.

Résultat : Durant la période de l'étude 21 patients ont été inclus. L'âge médian était de 51[18-83] ans. Seize hommes et cinq femmes. Sept patients étaient diabétiques, un patient insuffisant rénal chronique, un patient suivi pour un myélome multiple et un patient était suivi pour cirrhose hépatique. La présentation clinique était une insuffisance respiratoire aiguë fébrile. La douleur était rapportée par dix patients, la toux par 19 patients et aucun patient n'était en état de choc à l'admission. Une échographie thoracique était pratiquée chez tous les patients et a montré un épanchement liquidien dans tous les cas. L'épanchement était d'aspect hétérogène dans 19 cas et bilatéral dans deux cas. La présence de cloisons de fibrine était notée dans 19 cas. Des lésions du parenchyme pulmonaire étaient associées dans tous les cas. La cytologie a montré une hyperleucocytose à prédominance de PNN altérés avec une cellularité moyenne de $1089 \pm 900 \text{el/mm}^3$. L'étude microbiologique a permis d'identifier un germe dans 9 cas. Le drainage thoracique a été réalisé chez tous les patients pendant une durée médiane de 10 jours[3-37], et deux patients ont eu une fibrinolyse intra-pleurale.

L'antibiothérapie prescrite était à base d'Amoxicilline-Acide clavulanique dans 12 cas, cefotaxime-Flagyl dans 4 cas, Imipénème dans trois cas et Piperacilline/Tazobactam dans 3 cas. Deux patients ont nécessité le recours à la ventilation mécanique invasive et deux cas ont évolué vers un état de choc septique. L'indication chirurgicale était posée chez 5 patients. La durée de séjours médiane en réanimation était de 11[3-25] jours et 3 patients étaient décédés.

Conclusion : La pleurésie purulente est une infection grave qui survient chez des patients tarés. Le diagnostic est plus aisé avec l'échographie thoracique. Le traitement repose essentiellement sur l'antibiothérapie et le drainage thoracique.

P 028 POSTOPERATIVE PNEUMONIA AFTER CARDIAC SURGERY: RISK FACTORS AND MORTALITY

Karaborni Rym : Anesthésie-réanimation Abderahman Mami.
Sassi Chayma : Anesthésie-réanimation Abderahman Mami.
Mabrouk Karim : Anesthésie-réanimation Abderahman Mami.
Dridi Amira : Anesthésie-réanimation Abderahman Mami.
Fitouhi Nizar : Anesthésie-réanimation Abderahman Mami.
Ouerghi Sonia : Anesthésie-réanimation Abderahman Mami.
Mestiri Taher : Anesthésie-réanimation Abderahman Mami.

Introduction : Postoperative pneumonia (PP) is the most common acquired infection after cardiac surgery (CS). Most often during the first week after the intervention. It is associated with longer hospitalization and a mortality rate between 15 and 45%.

Objectif : The objective of this study was to identify incidence and risk factors for the development of PP in patients who underwent CS.

Méthode : A retrospective, observational study over a period of 12 months, including all patients over the age of 18 and had been through a cardiac surgery procedure at our institution. The primary endpoint was the occurrence of postoperative pneumonia diagnosed during the first 7 days following surgery, and the secondary endpoint was to determine the risk factors for postoperative pneumonia. The data was analyzed using SPSS software version 19.0. Significant p-values were those less than 0.05.

Résultat : 102 patients were included. The median age was 59,5 years, 61.8% of them were men and the incidence of smoking was 46,1%. Median body mass index (BMI) was 26,41 kg/m². A median left ventricular ejection fraction (LVEF) of 56,43%. Surgery was urgent in 3.9%. The most common type of surgery was valvular replacement (49%). The average number of days they remained hospitalized prior to the intervention was 5,19 days. A preoperative Cytobacteriological examination of sputum was positive in 7.8% and treated preoperatively. 35.3% benefited from preoperative respiratory preparation. A median time of cardiopulmonary bypass (CPB) was 89,98 min and a mean aortic cross clamp time of 66,76 min. Average extubation time was 5,26 h and 7,78% required reintubation. Five patients required reintervention. Overall mortality rate was 6.9%. The incidence of postoperative pneumonia was 63,7% of which 6.9% developed septic shock and 3 patients died. A microorganisms was isolated in 16.7%. The multivariate analysis of risk factors was summarized in the table below:

Conclusion : Pneumonia remains a serious complication in CS patients and is associated with increased in-hospital mortality and reduced long-term survival. Reducing such an incidence requires a preoperative cardiopulmonary rehabilitation program as well as a reduction in CPB time.

Table 1: Multivariate analysis of risk factors for postoperative Pneumonia

Risk factors	p value	IC
Age	10⁻³	[0,97-0,99]
Tobacco	0,006	[0,52-0,89]
COPD	0,001	[0,53-0,85]
Heart Failure	10⁻³	[0,51-0,81]
LVEF (%)	10⁻³	[0,97-0,99]
CPB time (min)	10⁻³	[0,98-0,99]

P 029 PNEUMOPATHIE POSTOPÉRATOIRE EN CHIRURGIE DU CANCER BRONCHOPULMONAIRE : PRÉVALENCE ET FACTEUR DE RISQUE

Rym karaborni : Anesthesiology and ICU Department Abderrahmen Mami University Hospital, Ariana.

Fitouhi Nizar : Anesthesiology and ICU Department Abderrahmen Mami University Hospital, Ariana.

Karim Mabrouk : Anesthesiology and ICU Department Abderrahmen Mami University Hospital, Ariana.

Ben Zid Ines : Anesthesiology and ICU Department Abderrahmen Mami University Hospital, Ariana.

Dridi Amira : Anesthesiology and ICU Department Abderrahmen Mami University Hospital, Ariana.

Ouerghi Amira : Anesthesiology and ICU Department Abderrahmen Mami University Hospital, Ariana.

Tahar Mestiri : Anesthesiology and ICU Department Abderrahmen Mami University Hospital, Ariana.

Introduction : La pneumopathie post opératoire (PPO) en oncologie thoracique est une complication fréquente avec une morbi- mortalité élevées et augmente avec l'âge, cette complication est en rapport avec plusieurs facteurs de risque qui reste à définir spécifiquement chez le sujet âgé.

Objectif : L'objectif de ce travail est d'évaluer l'incidence et les facteurs associés des PPO chez les sujets âgés en chirurgie thoracique pour cancer pulmonaire

Méthode : Etude rétrospective descriptive comparative et analytique des patients âgés de plus de 65 ans hospitalisés dans le service d'anesthésie réanimation et ayant eu une chirurgie de résection pour une tumeur broncho-pulmonaire durant une période de 6 mois entre octobre 2022 et avril 2023. Les patients ont été repartis en deux groupes : ceux qui ont développé une PPO (groupe PPO) et ceux qui n'ont pas développé une PPO (NO PPO). L'étude uni variée et multi variée ainsi que les données épidémiologiques ont été analysées utilisant le logiciel SPSS version 23.0

Résultat : 50 patients ont été inclus dans notre étude, la prévalence de la PPO était de 28%, la moyenne d'âge des patients opérés était de 70,7 ($\pm 5,89$) ans avec un sex-ratio de 1,17, tous les patients présentaient au moins une comorbidité (HTA, diabète, BPCO...), 38% des patients étaient tabagiques. Pour l'étude multi variée les variables prédictives de la PPO seraient la BPCO avec une P value la plus élevée ($p=0,076$), un score ASA ≥ 3 avec un OR ajusté de 14,426 [2,269-91,719] et l'obésité avec un OR ajusté de 15,677 [2,453- 100,202]

Conclusion : Le risque de pneumopathie devient élevé après la chirurgie thoracique et augmente avec l'âge d'autres facteurs paraissent favoriser les PPO comme la BPCO, l'obésité, le score ASA ≥ 3 et l'utilisation préopératoire des corticoïdes.

	PPO N= 14	NO PPO N= 36	P
Age	70,71 ($\pm 4,66$)	68,28 ($\pm 3,05$)	0,147
IMC	29,28 ($\pm 3,19$)	24,25 ($\pm 3,23$)	0,001
Comorbidité			
• HTA	8	16	0,42
• Diabète	3	4	0,384
• BPCO	8	9	0,031
• Coronaropathie	2	5	1
• Tabac	7	14	0,475
Score ASA			
• ASA < 2	7	33	
• ASA = 3	7	3	0,003
EFR			
• Non pathologique	4	26	
• Pathologique	10	10	0,009
Valeur			
• VEMS(%)	73,23 ($\pm 24,02$)	84,50 ($\pm 13,29$)	0,158
• CVF(%)	76,14 ($\pm 27,02$)	86,31 ($\pm 10,81$)	0,346
• IT	75,42 (10,02)	79,89 ($\pm 12,52$)	0,142
Corticothérapie préopératoire	14	20	0,001

P 030 CENTRAL RELATED BACTEREMIA IN A PAEDIATRIC INTENSIVE CARE UNIT: INCIDENCE AND MICROBIOLOGICAL PROFILE

Houda Ajmi : Pediatric department Sahloul University hospital.
Azza Harbi : Pediatric department Sahloul University hospital.
Fadoua Majdoub : Pediatric department Sahloul University hospital.
Salsabil Nouir : Pediatric department Sahloul University hospital.
Wifek Jrad : Pediatric department Sahloul University hospital.
Houssein Barhoumi : Pediatric department Sahloul University hospital.
Lamia Tilouche : Bacteriology department Sahloul University hospital.
Saoussen Abroug : Pediatric department Sahloul University hospital.
Abdelhalim Trabelsi : Bacteriology department Sahloul University hospital.
Jalel Chemli : Pediatric department Sahloul University hospital.

Introduction : Central venous catheters (CVC) are devices frequently placed in children hospitalized in pediatric intensive care units (PICU). They provide great comfort to both patients and allied health. However, they increase the risk of nosocomial infection.

Objectif : To determine the incidence of catheter-related bacteremia (CRB) in a Tunisian PICU and the microbiological profile of this infection.

Méthode : We conducted an epidemiological retrospective study including all CVCs inserted in children hospitalized in the PICU of Sahloul University Hospital of Sousse between January 2022 and May 2023. Patients who required CVC placement for duration greater than 48 hours were included in the study.

Résultat : Fifty-one CVCs were inserted for 43 patients during the study period. The average duration of catheter was 12.7 days [2 days- 53 days]. The incidence of CRB was 56.6%. The isolated microorganisms in blood culture were *Sataphlococcus coagulase*, *Candida parapsilosis*, *Escherichia coli*, *Citrobacter koseri*, and *Acinetobacter baumannii*. Thirty cases (58.8%) presented sepsis: it was related to *Candida parapsilosis* (1 case), *Staphylococcus epidermidis* (1 case), *Burkholderia cepacia* group (1 case); bacteriological investigations were negative in 27 cases (80%). Eighteen cases (35.9%) died; in 15.4% of them the cause of death was attributed to a septic shock.

Conclusion : The incidence of CRB in children hospitalized in our department appears to be higher than the reported rate of CRB in the literature. These results should lead us to reinforce preventive measures.

P 031 BACTEREMIA DUE TO SERRATIA RUBIDAEA IN ICU: CASE REPORTS

A.Mehdi : Réanimation Médicale la Rabta.
E.Seghir : Réanimation Médicale la Rabta.
N.Azzouz : Réanimation Médicale la Rabta.
E.Hammas : Réanimation médicale la Rabta.
L.Messaoud : Réanimation Médicale la Rabta.
Y.Touil : Réanimation Médicale la Rabta.
A.Trifi : Réanimation Médicale la Rabta.
S.Abdellatif : Réanimation Médicale la Rabta.

Introduction : The Bacteremia caused by *S.Rubidaea* is rarely mentioned compared with other species of *Enterobacteriaceae*. It targets immunocompromised patients undergoing invasive procedures. Moreover, the Incidence, clinical features, and microbiological profile of this pathogen in ICU are seldomly described.

Cas clinique : We will report four case studies of bacteremia connected to four young female patients admitted to the ICU for ketoacidosis with a history of diabetes mellitus. All four patients had a catheter-related infection which was complicated by a deep vein thrombosis. The Catheter's site was femoral in all four cases. Besides, the main clinical manifestation was poorly tolerated fever. The pathogen was found in several peripheral blood cultures (>4) for the same patient which specifies almost the same profile in all four cases: Resistant to third-generation cephalosporins and sensitive to aminoglycosides, piperacillin, fluoroquinolones, and folate- pathway inhibitors. The Targeted treatment combined Ciprofloxacin 400mg/bid and trimethoprim-Sulfamethoxazole 400/80mg/tid in all four cases. However, in one of the cases, this latter was switched to Amikacin because of its reverse effects. Hence, the outcome was favorable in the majority of cases.

Conclusion : A case of thrombosis which complicated a catheter-infection caused by *S.Rubidaea* has never been reported. Furthermore, this bloodstream infection usually targets immunocompromised patients. Nonetheless, our four cases had only a history of diabetes mellitus.

P 032 OUTBREAK OF SERRATIA MARCESCENS IN A TUNISIAN INTENSIVE CARE UNIT (MARCH 2023)

M.Taktak : Family Medicine Department Faculty of Medicine of Sousse, Sousse, Tunisia.

A.Maattouk : Department of prevention and security of care Sahloul University Hospital, Sousse, Tunisia.

H.Ghali : Department of prevention and security of care Faculty of Medicine of Sousse, Sousse, Tunisia; LR20SP06, Faculty of Medicine, University of Sousse, Sousse, Tunisia.

I. Maatouk : Department of medical intensive care University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir.

S. Bhiri : Department of prevention and security of care Faculty of Medicine of Sousse, Sousse, Tunisia; LR20SP06, Faculty of Medicine, University of Sousse, Sousse, Tunisia.

M.Louati : Family Medicine Department Faculty of Medicine of Sousse, Sousse, Tunisia.

S. Balhi : Department of prevention and security of care Faculty of Medicine of Sousse, Sousse, Tunisia; LR20SP06, Faculty of Medicine, University of Sousse, Sousse, Tunisia.

B. Sakouhi : Family Medicine Department Faculty of Medicine of Sousse, Sousse, Tunisia.

M. Ben Rejeb : Department of prevention and security of care Faculty of Medicine of Sousse, Sousse, Tunisia; LR20SP06, Faculty of Medicine, University of Sousse, Sousse, Tunisia.

S. Khefacha : Department of prevention and security of care Sahloul University Hospital, Sousse, Tunisia.

A. Ben Cheikh : Department of prevention and security of care Faculty of Medicine of Sousse, Sousse, Tunisia; LR20SP06, Faculty of Medicine, University of Sousse, Sousse, Tunisia.

H. Said Latiri : Department of prevention and security of care Faculty of Medicine of Sousse, Sousse, Tunisia; LR20SP06, Faculty of Medicine, University of Sousse, Sousse, Tunisia.

Introduction : *Serratia marcescens* is a gram-negative bacillus transmitted by direct contact and could be responsible of fatal hospital outbreak. We aimed to describe the investigation of an outbreak of *Serratia marcescens* in a Tunisian surgical intensive care unit.

Cas clinique : We received an alert given by microbiology department in March 2023 signaling the presence of two positive cases of positive cultures for *Serratia marcescens* in surgical intensive care department. A team of the department of preventive and security of care made an investigation in the surgical intensive care department. We identified 2 cases with identical strains of multi-resistant *Serratia marcescens*. Some deficiencies in professional practices were identified. Both patients were intubated. A urinary catheter, a nasogastric tube, peripheral and central venous catheter were inserted. The two patients undergone a geographic septic isolation and their transfer to other units was stopped. Medical and paramedical staff were educated. Standard precautions such as hand hygiene, daily bio-cleaning, and wearing a protective equipment were reinforced. The most probable hypothesis of this outbreak was the hand transmission. A training about bio-cleaning and hygiene standard precautions was programmed. No other cases were reported.

Conclusion : The execution of those urgent measures and the prescription of antibiotic therapy enabled us to control this outbreak. Monitoring of nosocomial infections should be continuous.

P 033 LES SEPTICÉMIE À BURKHOLDERIA EN MILIEU DE RÉANIMATION ÉTUDE RÉTROSPECTIVE À PROPOS DE 10 CAS

Amina Hadded : Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba.

Najeh baccouch : Laboratoire de microbiologie de Sfax, CHU Habib Bourguiba.

Olfa Gargouri : Laboratoire de microbiologie de Sfax, CHU Habib Bourguiba.

Rihab Boubtane : Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba.

Kotti amal : Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba.

Rania Ammar : Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba.

Mabrouk bahloul : Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba.

Chokri Ben Hamida : Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba.

Hammami Adnen : Laboratoire de microbiologie de Sfax, CHU Habib Bourguiba.

Mounir bouaziz : Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba.

Introduction : *Burkholderia cepacia* est une bactérie pathogène opportuniste, souvent multi résistante, responsable d'infections nosocomiales diverses, principalement chez les malades immunodéprimés. Des cas de septicémie à *Burkholderia* en milieu de réanimation ont été rarement décrites.

Objectif : Dans ce cadre, nous rapportons une série de cas septicémie à *Burkholderia* au sein du service de réanimation médicale.

Méthode : Nous avons collecté tous les cas de septicémie à *Burkholderia* sur une période de 1 an depuis 01/7/2022 jusqu'au 30/06/2023 au sein du service de réanimation. Les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, biologiques et évolutives des patients ont été recueillies.

Résultat : Au cours de cette période nous avons colligé 10 cas de septicémie à Burkholderia. L'Age moyen était à $49 \pm 26,05$ ans. Quatre-vingt-dix pourcents des patients étaient de sexe masculin. Soixante-dix-pourcent des patients étaient admis pour polytraumatisme et 30% étaient admis pour un motif médical. Les comorbidités les plus rencontrées sont l'HTA 40% et le diabète dans 20% des patients. Le SOFA moyen était à $5,90 \pm 2,28$ points et celui de SAPS II à $12,60 \pm 7,80$ points. La température moyenne initiale était à $37,37 \pm 0,81^\circ\text{C}$, 90% des patients recevaient une antibiothérapie à l'admission. Le délai moyen d'installation de la septicémie était à $24,50 \pm 23,7$ jours, 70% des patients avaient présenté une fièvre et 20% avait une hypothermie. Cette septicémie s'est compliquée d'un état de choc septique chez 1 seul patient (10%) et d'un syndrome d'activation macrophagique chez 20% des cas. La porte d'entrée la plus fréquente était endovasculaire dans 50% des cas : la septicémie est survenue en moyenne à $5,90 \pm 2,80$ jours de la pose du cathéter veineux. D'autres germes ont été trouvés concomitamment à la septicémie dans 70% des cas. Tous les patients ont reçu une antibiothérapie qui était guidée par antibiogramme, 50% des cas ont été traités par lévofloxacine, 40% par le céftazidime. La durée moyenne de l'antibiothérapie était de $9,4 \pm 1,26$ jours. La durée moyenne de séjour était de $51,67 \pm 22,60$ jours avec une mortalité de 30%.

Conclusion : Malgré son incidence non élevée en milieu de réanimation, Burkholderia cepacia peut donner des septicémies graves. Son tableau sévère nécessite la recherche de source de contamination pour lutter contre sa propagation.

P 034 Y A-T-IL UNE PLACE A LA CULTURE DE LA MOELLE OSSEUSE DANS LE DIAGNOSTIC DES INFECTIONS NOSOCOMIALES ? : A PROPOS D'UN CAS

S.Jerbi : Réanimation Polyvalente Hbib Bourguiba Sfax.
K.Chtara : Réanimation Polyvalente Hbib Bourguiba Sfax.
A.Dammak : Réanimation Polyvalente Hbib Bourguiba Sfax.
S.Bradaï : Réanimation Polyvalente Hbib Bourguiba Sfax.
A.BenKhalifa : Réanimation Polyvalente Hbib Bourguiba Sfax.
O.Turki : Réanimation Polyvalente Hbib Bourguiba Sfax.
R.Ammar : Réanimation Polyvalente Hbib Bourguiba Sfax.
M.Bahloul : Réanimation Polyvalente Hbib Bourguiba Sfax.
H.Chelli : Réanimation Polyvalente Hbib Bourguiba Sfax.
C.BenHamida : Réanimation Polyvalente Hbib Bourguiba Sfax.
M.Bouaziz : Réanimation Polyvalente Hbib Bourguiba Sfax.
I.Jdidi : Hématologie Biologique Hbib Bourguiba Sfax.

Introduction : Historiquement, la culture de la moelle osseuse a joué un rôle essentiel dans le diagnostic des infections communautaires notamment la tuberculose et les endocardites à hémocultures négatives. Cependant, ceci n'a pas été décrit dans les infections nosocomiales. On rapporte un cas à propos d'une infection nosocomiale à Burkholderia Cepacia diagnostiquée sur une ponction sternale.

Cas clinique : Il s'agit d'un patient âgé de 56 ans sans antécédents particuliers admis initialement pour polytraumatisme. Son séjour était marqué par l'apparition d'une fièvre avec un syndrome inflammatoire biologique et une thrombopénie. En plus du bilan infectieux standard, une ponction sternale a été réalisée devant la thrombopénie. Elle a révélé la présence de Burkholderia Cepacia un jour avant que le prélèvement trachéal se positive au même germe. Une recherche dans la littérature a révélé des cas cliniques exprimant l'utilité de la culture de la moelle osseuse dans le diagnostic des sepsis d'origine bactériologique, virale, fongique et parasitaires particulièrement dans les germes intracellulaires, chez les sujets immunodéprimés, ou sous antibiothérapie préalable. En fait, la moelle osseuse semble être un milieu où la bactérie pousse rapidement et plus sensiblement aux autres milieux de culture.

Conclusion : Cette observation fortuite offre une perspective nouvelle dans le domaine clinique chez les malades en réanimation. Notamment elle peut être utile chez certains patients qui souffrent d'une immunodépression ou sous antibiothérapie préalable dont l'enquête infectieuse standard est négative.

P 035 MULTI-RESISTANT ESCHERICHIA COLI IN A TUNISIAN UNIVERSITY HOSPITAL: ABOUT 2 CASES

A. Maatouk : Department of prevention and security of care Sahloul University Hospital, Sousse, Tunisia.
H. Ghali : Department of prevention and security of care Sahloul University Hospital, Sousse, Tunisia, LR20SP06, Faculty of Medicine of Sousse, University of Sousse, Tunisia.
I. Maatouk : Department of medical intensive care University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir.
S. Bhiri : Department of prevention and security of care Sahloul University Hospital, Sousse, Tunisia, LR20SP06, Faculty of Medicine of Sousse, University of Sousse, Tunisia.
B. Sakouhi : Family Medicine Department Faculty of Medicine of Sousse, Sousse, Tunisia.
S. Balhi : Department of prevention and security of care Sahloul University Hospital, Sousse, Tunisia.
M. Louati : Family Medicine Department Faculty of Medicine of Sousse, Sousse, Tunisia.
M. Ben Rejeb : Department of prevention and security of care Sahloul University Hospital, Sousse, Tunisia, LR20SP06, Faculty of Medicine of Sousse, University of Sousse, Tunisia.
S. Khelifa : Department of prevention and security of care Sahloul University Hospital, Sousse, Tunisia.
A. Ben Cheikh : Department of prevention and security of care Sahloul University Hospital, Sousse, Tunisia, LR20SP06, Faculty of Medicine of Sousse, University of Sousse, Tunisia.
H. Said Latiri : Department of prevention and security of care Sahloul University Hospital, Sousse, Tunisia, LR20SP06, Faculty of Medicine of Sousse, University of Sousse, Tunisia.

Introduction : Escherichia coli is a bacterium commonly found in the human gastrointestinal tract. Most strains are harmless. Our aim was to describe 2 cases of multidrug-resistant Escherichia coli infections in our hospital in different age groups.

Cas clinique : Following alerts of Escherichia coli infections in the gastrology and paediatrics department issued by the microbiology laboratory in March 2023, a hygiene team visited these 2 departments. The first case was a 36 year-old female patient with a history of ulcerative colitis who was admitted to hospital with severe acute colitis requiring subtotal colectomy. She had 2 stomas (ileal and sigmoidal). One week after surgery, she presented with a febrile spike with pus at the sigmoidal stoma opening. A swab of the stoma end was positive for Escherichia coli. The second case was a 7-month-old infant with no previous history, who admitted to a neonatal ward at birth, was admitted to the paediatric ward for a febrile seizure. A cytobacteriological examination of the urine was positive for Escherichia coli. Some gaps in professional practice were identified. Both cases were isolated. Staff were educated about standard precautions by reinforcing hygiene measures, especially hand hygiene. The germ can be transmitted by handling during this hospitalization or during a previous hospitalization for the infant. Training on hygiene measures was planned. Both patients got better when treated with antibiotics and no further cases were reported.

Conclusion : Escherichia coli is a bacterium that can affect all age groups. It is important to follow good hygiene practices such as regular hand hygiene and regular changing of ostomy bags.

P 036 LA MYOCARDITE À RHINOVIRUS : À PROPOS D'UN CAS

S. Kharrat : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
A. Haddad : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
K. Chtara : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
M. Assaguem : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
A. Dammak : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
O. Turki : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
M. Bahloul : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
H. Chelly : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
C. Ben Hamida : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
M. Bouaziz : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.

Introduction : La myocardite est une maladie inflammatoire qui affecte les cardiomyocytes et est principalement d'origine virale. C'est une cause de mort subite chez les jeunes. Les virus les plus incriminés sont les Coxsackies et les adénovirus. Il existe peu de littérature publiée sur la myocardite associée aux rhinovirus.

Cas clinique : Il s'agit d'une patiente âgée de 32 ans sans antécédents pathologiques qui s'est présentée au service des urgences pour une détresse respiratoire évoluant dans un contexte de fièvre, vomissement et diarrhées. L'examen initial trouve une patiente polypnéique avec des râles crépitants aux 2 champs pulmonaires, une désaturation à 80% sous oxygène et des signes de lutte marqués. La patiente était instable sur le plan hémodynamique sous des fortes doses de catécholamines nécessitant le recours à la ventilation mécanique invasive avec une ventilation protectrice. Une TDM thoracique a montré l'aspect d'une bronchopneumopathie infectieuse bilatérale. La PCR multiplex a révélé la présence d'Entérovirus/rhinovirus humain. L'électrocardiogramme a montré une tachycardie sinusale et un sus décalage en antérieur avec un dosage des troponines à 1800 ng/ml. L'échographie cardiaque a montré un VG non dilaté à FEVG abaissée à 30% avec hypokinésie septale et inférieure. Le diagnostic retenu était une pneumopathie

virale à Entérovirus compliquée d'un SDRA modéré et d'une myocardite virale. L'évolution était défavorable avec aggravation hémodynamique nécessitant l'augmentation des doses de noradrénaline et introduction de la dobutamine devant les données de l'ETT de contrôle qui a montré une FEVG de 10% avec une akinésie de toutes les parois à l'exception de la partie apicale. La patiente est décédée dans un tableau d'état de choc cardiogénique réfractaire avec défaillance multiviscérale.

Conclusion : En conclusion, la myocardite à rhinovirus, bien que rare, peut avoir des conséquences graves. Le diagnostic précoce d'une myocardite virale doit être envisagé devant un jeune adulte présentant des symptômes « grippaux » et qui présente une apparition d'insuffisance cardiaque.

P 037 A FORM OF INFECTIOUS ENDOCARDITIS ON A NATIVE VALVE CAUSED BY LEGIONELLA PNEUMOPHILA

S.Temani : Réanimation médicale hopital régional de mahres.

I.Glenza : Réanimation médicale hopital régional de mahres.

R.Allala : Réanimation médicale hopital régional de mahres.

M.Smaoui : Réanimation médicale hopital régional de mahres.

F.Zouari : Réanimation médicale hopital régional de mahres.

F.Madhioub : Réanimation médicale hopital régional de mahres.

Introduction : Infective endocarditis on a native valve is rare and typically caused by Gram-positive cocci (streptococci and staphylococci). *Legionella* spp. is seldom identified as the cause of culture-negative endocarditis.

Cas clinique : An 83-year-old female patient with no previous medical history, consulted for respiratory distress with fever, along with a history of diarrhea, epigastralgia, and vomiting for a week. Upon admission, she presented with a fever of 41°C, a respiratory rate of 35 breaths per minute, a SpO₂ of 81% on room air and displaying signs of respiratory distress. She had a blood pressure of 80/50 mmHg, a heart rate of 126 beats/min with a GCS of 15/15 and diffuse abdominal tenderness. Pulmonary auscultation revealed bilateral crackling rales and she exhibited tachycardia with no murmurs on cardiac auscultation. In biology she had a BIS (WB count of 20300 cells/mm³ and CRP of 208 g/L). The diagnosis of septic shock was retained. She was administered catecholamines following vascular resuscitation. She received empirical antibiotic therapy consisting of cefotaxime, clindamycin and metronidazole after performing blood cultures, urine analysis, and further serological testing for atypical pathogens along with *Legionella* antigenuria. Due to persistent tachypnea and worsening BIS, a thoraco-abdominal CT scan was conducted, revealing an infectious pneumonia with atypical pathogens and foci of splenic infarction. Transthoracic echocardiography indicated suspicion of mitral valve vegetation, which was further confirmed through transesophageal echocardiography, revealing a large abscessed and fistulized vegetation causing significant eccentric mitral regurgitation. The serology was positive for *Legionella pneumophila*. So, the patient was placed on rifampicin and clarithromycin for 6 weeks. The progress was favorable without the need for valvular replacement, and the patient was discharged home.

Conclusion : Infective endocarditis caused by *Legionella* remains a diagnostic challenge, yet with timely recognition and appropriate treatment, the prognosis is frequently favorable.



P 038 ENDOCARDITE INFECTIEUSE CHEZ LES USAGERS DE BUPRENORPHINE EN REANIMATION : ETUDE DE QUATRE CAS.

S. Rabhi : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..
A. Ben Jazia : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..
H. Ben Ghezala : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..
M. Kharrat : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..
S. Ghalloussi : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..
S. Essghaier : Service de réanimation polyvalente et toxicologique Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale urgente..
N. Brahmi : Service de réanimation polyvalente et toxicologique Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale urgente..

Introduction : La toxicomanie intraveineuse est un facteur de risque connu d'endocardite infectieuse qui est souvent, sur ce terrain, grave et associée à des rechutes fréquentes malgré qu'il s'agit de patients jeunes avec peu ou pas de comorbidités.

Objectif : Décrire les caractéristiques cliniques, paracliniques : en particulier écho cardiographiques et microbiologiques des endocardites infectieuses survenant chez les patients toxicomanes usagers de la buprénorphine et admis en réanimation

Méthode : Etude rétrospective descriptive monocentrique d'une série de cas sans comparaison avec un autre groupe. Nous rapportons dans ce travail quatre observations (4) de patients toxicomanes IV à la Buprénorphine, hospitalisés en réanimation pour prise en charge d'une endocardite infectieuse de sites différents (droite ou gauche) ayant en commun aussi le germe responsable à savoir le staphylocoque aureus méticilline Sensible.

Résultat : Nous avons inclus 4 patients : une femme et de 3 hommes d'âge variable entre 25 et 46 ans sans antécédents pathologiques, notamment cardiaques, toxicomanes IV à la Buprénorphine (Subutex) avec une consommation régulière de cannabis, deux d'entre eux étaient toxicomanes au Lorazépam aussi. L'usage de drogue IV était compliqué chez deux d'entre eux d'une hépatite virale C, pas d'autres Maladies sexuellement transmissibles (MST) rapportées. Ils se sont présentés aux urgences dans un tableau fait de fièvre et altération de l'état général sans instabilité hémodynamique ni détresse respiratoire avec un syndrome inflammatoire biologique. A l'admission un souffle cardiaque n'était objectivé que chez un seul patient. Ils avaient tous des traces d'injections et des veinites. Il n'y avait pas de foyer infectieux objectivé par l'examen clinique et les examens complémentaires. Il n'y avait aucun déficit immunitaire connu chez les quatre patients. L'échographie cardiaque transthoracique a objectivé une végétation chez tous les patients : deux sur les valves tricuspides de 1 et de 2,5 cm de tailles et deux végétations mitrales de un cm de taille sans insuffisance valvulaire identifiée. Les hémocultures étaient toutes positives à staphylocoque aureus méti S. Il n'y avait pas de localisations septiques secondaires mises en évidence. L'évolution était rapidement marquée par l'apparition d'une insuffisance rénale aigue chez deux patients et d'un état de choc, chez trois, réfractaire avec survenue rapide de défaillance multiviscérale. L'indication chirurgicale était posée chez 2 patients mais ils n'étaient pas stables pour le transport avec survenue de décès chez 3 patients.

Conclusion : En conséquence de son mécanisme physiopathologique, l'endocardite infectieuse chez les toxicomanes IV touche souvent les valves droites, néanmoins la localisation gauche est possible. Les différents mécanismes et les modalités thérapeutiques de cette endocardite particulière sont discutés dans ce travail.

P 039 FACTEURS PREDICTIFS D'INTUBATION OROTRACHEALE DANS L'ENDOCARDITE INFECTIEUSE (À PROPOS DE 35 CAS)

Ouerghi S : Des urgences hopital charles nicolle.
Jendoubi A : Des urgences hopital charles nicolle.
Othmani S : Des urgences Charles Nicolle.
Boukhthir O : Des urgences charles nicolle.
Jemai M : Des urgences charles nicolle.
Jouini S : Des urgences charles nicolle.

Introduction : INTRODUCTION : L'endocardite infectieuse est une pathologie rare dont les manifestations cliniques sont variables et dont le diagnostic est généralement difficile. Elle est potentiellement grave par ses complications et la nécessité de recours à l'intubation orotrachéale devant une altération de l'état de conscience ou une autre détresse vitale.

Objectif : L'objectif de notre travail était d'étudier les facteurs prédictifs d'intubation chez les patients atteints d'EI.

Méthode : Methodes : Il s'agit d'une étude rétrospective comparative menée sur une période de 54 mois. Etaient inclus tous les patients âgés de 18 ans et plus hospitalisés aux urgences pour endocardite infectieuse certaine, selon

les critères de Duche. D deux groupes ont été individualisés : G1 patients non intubés G2 patients intubés, les deux groupes ont été comparés selon les critères épidémiologiques, cliniques et pronostiques

Résultat : Trente cinq patients ont été colligés, genre ratio=2.8, âge moyen = 48.8 ± 14.8 ans. Antécédents (n ; %) : diabète (6 ; 17.1%) ; pacemaker (2 ; 5.7%) ; toxicomane (20 ; 57.%) ; antécédents d'endocardite infectieuse (4 ; 11.4%) ; antécédents d'insuffisance rénale chronique hémodialysée (6 ; 17.14%). Motifs (n ; %) : fièvre (29 ; 82.9%) ; dyspnée (9 ; 25.7%) ; douleur thoracique (9 ; 25.7%), altération de l'état de conscience (11 ; 31.4%) L'examen clinique a objectivé (n ; %) : insuffisance circulatoire aigüe (10 ; 28.6%), GCS < 15 (13 ; 37.1%), lésions cutanées (12 ; 34.3%) des nodules d'Osler (8 ; 22.9%), un érythème de Janeway (5 ; 14.3%). Les hémocultures (n ; %) : négative (9 ; 25.7%), *Klebsiella Pneumoniae* (3 ; 8.6%), SARM (1 ; 2.9%). L'ETT (n ; %) : végétations (31 ; 88.6%) sont les plus fréquentes : végétation mitrale (12 ; 34.3%) tricuspidiennne (17 ; 48.6%) sigmoïde (2 ; 5.7%) ; abcès de l'anneau était trouvé chez (2 ; 5.7%), rupture de cordage (1 ; 2.9%). Les localisations secondaires : pulmonaires et spléniques sont les plus fréquentes avec un pourcentage similaire (13 ; 37.1%), spondylodiscite (2 ; 5.7%), abcès cérébral (3 ; 8.6%). Le traitement (n ; %) : la chirurgie a été indiquée (1 ; 2.9%) le besoin au drogues vasoactives est indiqué (13 ; 37.1%) Les facteurs prédictifs indépendants d'intubation

Conclusion : Conclusion : les facteurs prédictifs d'intubation trouvés dans notre travail étaient ice card gcs < 15 la présence d'insuffisance cardiaque et d'abcès cérébral.

P 040 LES INFECTIONS URINAIRES NOSOCOMIALES : UNE COMPLICATION FRÉQUENTE AVEC PEU DE SIGNES SPÉCIFIQUES EN MILIEU DE RÉANIMATION

Rihab Boubtane : Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba sfax.

Olfa Turki : Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba sfax.

Atra Ben khalifa : Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba sfax.

Dorra Berkhaies : Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba sfax.

Rania Ammar : Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba sfax.

Kamilia Chtara : Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba sfax.

Mabrouk Bahloul : Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba sfax.

Chokri Ben Hmida : Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba sfax.

Hedi chelly : Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba sfax.

Mounir Bouaziz : Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba sfax.

Introduction : Les infections urinaires nosocomiales chez les patients de réanimation et porteurs d'une sonde vésicale sont fréquentes et souvent méconnues

Objectif : étudier le profil clinico-biologique et bactériologique de l'infection urinaire dans le service et de dégager les facteurs de risque de cette complication nosocomiale.

Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective d'une année (Aout 2022-Aout 2023) collectant les données clinico-biologiques et évolutives des patients hospitalisés en réanimation et ayant développé une infection urinaire avec ECBU positive avec un germe identifié. la positivité d'un ECBU a été basée sur les critères de Kaas qui exigent la présence de leucocytes avec un nombre supérieur ou égal à 10^4 éléments/ml et une bactériurie supérieure à 10^5 germes/ml avec la présence d'une seule espèce bactérienne.

Résultat : Huit cent quatre vingt neuf admissions pour détresses vitales variées ont été enregistrés au cours de la période de l'étude. La fréquence de l'infection urinaire nosocomiale était estimée à 6% (59/889 patient) parmi la total des hospitalisations et 21% les ECBU réalisés (59/280). Une prédominance masculine a été notée (59,3%) et l'âge moyen était de 51,9 ans avec des extrêmes de 11 ans à 83 ans. Le motif d'hospitalisation le plus fréquent était la polytraumatisme (33,9%). L'antécédent le plus fréquemment retrouvé était l'hypertension artérielle chez 39 malades et 16 patients étaient diabétiques. Le prélèvement a été réalisé majoritairement sur sonde vésicale chez 55 patients. Huit patients recevaient la corticothérapie par voie générale avant l'installation de l'épisode infectieux étudié et 36 patients recevaient une antibiothérapie. Le délai moyen de diagnostic de l'infection urinaire était de 7,18 jours avec extrêmes allant de 1 à 30 jours. La présentation clinique était polymorphe, la fièvre était présente chez 71,2% des patients et les diarrhées chez 15,3% des patients. Les germes rencontrés par ordre décroissant étaient : le *Candida* sp, le *Proteus mirabilis* et le *Klebsiella pneumoniae*. Vingt-quatre patients ont développé un tableau de sepsis et 8 patients ont présenté un état de choc septique au moment du diagnostic. tous les patients avaient une fonction rénale normale. Le taux de mortalité était 50,8%. Les facteurs associés à un mauvais pronostic ont été l'âge avancé, le diabète, la survenue d'un état de choc et le taux de bactériurie $> 10^5$.

Conclusion : notre étude a permis d'approcher de façon globale les infections urinaires nosocomiales en milieu de réanimation. La suspicion et le diagnostic de cette complication reste difficile vu la non spécificité des signes cliniques.

P 041 INFECTION URINAIRE À CANDIDA KEFYR : À PROPOS D'UN CAS

Amina Hadded : Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba.
Najeh baccouch : Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba.
Amal Kotti : Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba.
Rihab Boubtane : Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba.
Houri Fadwa : Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba.
Mabrouk Bahloul : Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba.
Hedi chelly : Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba.
Mounir Bouaziz : Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba.

Introduction : Le Candida devient plus fréquemment un pathogène responsable d'infections associées aux soins (1). Les espèces les plus rencontrées en réanimation sont Candida Albicans, Candida Glabrata et candida tropicalis (2). Par ailleurs, les infections à Candida Kefyr sont rares

Cas clinique : Nous rapportons le cas d'une femme de 75 ans ayant des antécédents médicaux d'hypertension, et d'une thyroïdectomie sous traitement substitutif a été admise en réanimation pour prise en charge d'un polytraumatisme. Au cours de son séjour, la patiente a présenté un problème de fièvre avec un syndrome inflammatoire biologique : hyperleucocytose à 12000 éléments /mm³ Une CRP à 181 mg/l et une activité cholinestérasiq à 4938 UI/L. l'enquête infectieuse a montré une infection urinaire à Candida kefy > 10*5 UFC/ml. La patiente a reçu un traitement à base de fluconazole pendant 14jours avec une bonne évolution. Discussion C. kefy, un hémiascomycète homothallique initialement décrit comme Candida pseudotropicalis, est présent sur divers substrats, en particulier dans les produits laitiers. L'espèce peut occasionnellement être isolée à partir de spécimens cliniques et a également été incriminée dans des infections systémiques.

Conclusion : Les infections associées aux soins représentent un problème majeur de santé publique. Il s'agit surtout de germes multi- résistants aux antibiotiques. Néanmoins, les infections fongiques sont aussi fréquentes et parfois graves d'où l'intérêt de les chercher et les traiter précocement

P 042 LES CANDIDOSES INVASIVES ET L'UTILITE DU CANDIDA SCORE EN MILIEU DE SOINS INTENSIFS

I.Trabelsi : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa bizerte.
A.Hmaidi : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa bizerte.
J.Guissouma : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa bizerte.
H.Benali : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa bizerte.
H.Allouche : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa bizerte.
FZ.Gamara : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa bizerte.
H.Brahmi : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa bizerte.
M.Samet : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa bizerte.
H.Ghadhoune : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa bizerte.

Introduction : Les candidoses invasives (CI) représentent une complication infectieuse fréquente en milieu de réanimation. Elle est grevée d'une morbi-mortalité importante. En pratique, son diagnostic est facilité par le calcul du candida score (CS).

Objectif : L'objectif de notre travail était d'étudier les particularités des CI et d'évaluer l'utilité du CS chez les patients admis en réanimation.

Méthode : Il s'agissait d'une étude descriptive rétrospective menée dans une unité de soins intensifs, sur une période de 4 ans (janvier 2020-décembre 2023) incluant tous les patients dont le séjour en réanimation a été compliqué d'une CI. Le diagnostic était retenu sur des critères clinico-biologiques avec un index de colonisation et un CS positifs et/ou des cultures positives. Les données ont été saisies et analysées au moyen du logiciel SPSS 23.

Résultat : Durant la période d'étude, 57 patients ont présenté une CI durant leur séjour en réanimation, soit une incidence de 28 %. Les principales caractéristiques des malades sont résumées dans le tableau joint. Au cours de l'hospitalisation, 67% des patients ont eu une alimentation parentérale exclusive tandis que 33% ont une alimentation mixte. Au moment du diagnostic de la CI, 74% des patients étaient en état de choc septique, avec un CS ≥3 dans 65% des cas, soit 37 patients. Seulement 25 épisodes (44% des CI) ont été documentés. La C. albicans était l'espèce la plus isolée chez 18 malades (32 %). Les souches non albicans étaient représentées essentiellement par C.Glabrata (deux patients), C.tropicalis (un seul patient) et C.crusei (un seul patient). La durée médiane de séjour en réanimation était de 15 jours [7 ; 25]. Les patients, ayant un CS <3, avaient une hospitalisation plus prolongée (24 jours versus 15 jours si le CS ≥ 3), avec une association statistiquement significative (p=0.026). Par ailleurs, la mortalité était de 77%. Elle était significativement associée à un candida score ≥ 3 (p=0.001).

Conclusion : Les CI en milieu de réanimation sont de plus en plus fréquentes. Son diagnostic est essentiellement clinique. Elles sont responsables d'une importante morbidité. Le CS trouve sa place comme étant un indice d'orientation diagnostique et pronostique.

Tableau : Les caractéristiques des patients

Caractéristiques	Données
Age moyen $\pm$ ET	59.89 $\pm$ 15
Genre-ratio	1.59
Diabète n(%)	28 (49)
Hypertension artérielle n(%)	28 (49)
Insuffisance rénale n(%)	4 (7)
IGSII médiane [Q1-Q3]	33 [27-42]
APACHEII médiane [Q1-Q3]	15 [10-20]

ET : écart type ; n : nombre ; Q1 : 1^{er} quartile ; Q3 : 3^{ème} quartile

P043 DIAGNOSTIC ET FACTEURS DE RISQUE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES FONGIQUES CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS PAR UNE INFECTION À SARS-COV 2 ADMIS EN UNITÉ DE SOINS INTENSIFS.

Yahyaoui Hajer : Réanimation médicale Hopital Habib Thameur
Hamdi Hamdene Doghri : Réanimation médicale Habib Thameur
W Brahmi : Réanimation médicale Habib Thameur
I Sdiri : Réanimation médicale Habib Thameur
H Touj : Réanimation médicale Habib Thameur
A Alouini : Réanimation médicale Habib Thameur
M Abid : Réanimation médicale Habib Thameur
YZ Elhechmi : Réanimation médicale Habib Thameur
I Zaghdoudi : Réanimation médicale Habib Thameur
I Sedghiani : Réanimation médicale Habib Thameur
N Borsali Falfoul : Réanimation médicale Habib Thameur

Introduction : La COVID-19 peut entraîner une grave détresse respiratoire nécessitant une hospitalisation prolongée en réanimation. Chez ces patients critiques, les infections fongiques nosocomiales sont un facteur de morbidité et de mortalité signalé.

Objectif : Décrire les caractéristiques épidémiologiques, et microbiologiques des infections nosocomiales fongiques et rechercher les facteurs de risque associés à leur survenue.

Méthode : Notre étude est une étude descriptive, retrospective, monocentrique, incluant les patients admis pendant au moins 48 heures dans l'unité de soins intensifs pour une infection par le SARS-CoV-2 au cours de la période allant du 01/09/2020 au 30/06/2022

Résultat : Nous avons inclus 450 patients avec un sexe ratio de 1,14. L'âge moyen était de 64 ans. Cent quatre-vingt-douze (42,7 %) patients étaient diabétiques et 211 (46,9 %) avaient de l'hypertension. L'infection nosocomiale fongique (INF) a été documentée chez 71 malades avec un délai de survenue de 10 [7-13] jours. Nous avons retenu le diagnostic d'une infection fongique devant la présence de: deux hémocultures positives à Candida, 16 EBCU positifs à levures, 1 PTP positif à Candida albicans, 2 cathéters positifs à Candida albicans et 19 index de colonisation positif (>3 sites positifs). Un candida score = 3 était retenu dans 31 cas. Le genre de Candida le plus fréquemment isolé est le candida albicans (77,5%), suivie par Candida Krusei (16%), et Candida Glabrata (5%). Selon l'antifongigramme, soixante-neuf patients ont été traités avec du voriconazole et deux avec du fluconazole. La durée de séjour était de 10 jours [6-14], Et le taux de mortalité chez le groupe des maladies qui ont développé une INF est de 94,9%. Dans l'analyse multivariée, l'occurrence des INF était significativement associée à la ventilation mécanique invasive (OR : 1,2 ; IC à 95 % : 1,0-1,1 ; p < 0,001), le cathétérisme urinaire (OR : 6,3 ; IC à 95 % : 1,0-10,7 ; p < 10-3), une cathétérisation artérielle centrale (OR : 3,3 ; IC à 95 % : 1,0-10,7 ; p = 0,038), et la durée de séjour en réanimation (OR : 10,4 ; IC à 95 % : 3,4-31,5 ; p < 10-3).

Conclusion : Les infections nosocomiales fongiques chez les patients admis pour un syndrome de détresse respiratoire aiguë lié à la COVID-19 sont fréquentes et graves. Elles devraient être investiguées précocement. Cependant, des études plus importantes sont nécessaires pour confirmer cette constatation.

P 044 FACTEURS DE RISQUE DES CANDIDOSES INVASIVES EN MILIEU DE REANIMATION

I.Trabelsi : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte.
A.Hmaïdi : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte.
J.Guissouma : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte.
H.Benali : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte.
H.Allouche : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte.
FZ.Gamara : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte.
H.Brahmi : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte.
M.Samet : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte.
H.Ghadhoune : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte.

Introduction : Les candidoses invasives (CI) sont des infections mycosiques graves dues à des levures du genre *Candida*. Le risque de survenue de cette complication est très important chez les patients admis en réanimation. Leur pronostic est souvent réservé.

Objectif : Notre objectif était d'étudier les facteurs de risque de survenue des CI chez les patients admis en réanimation.

Méthode : On a mené une étude rétrospective descriptive monocentrique entre 2020 et 2023 au sein d'un service de réanimation médicale, colligeant tous les patients qui ont présenté une CI au cours de leur hospitalisation. Le diagnostic était retenu sur des critères clinico-biologiques avec un index de colonisation et un CS positifs et/ou des cultures positives. Les données ont été saisies et analysées au moyen du logiciel SPSS 23

Résultat : Durant la période d'étude, nous avons inclus 57 malades ayant une CI durant leur séjour en réanimation. Le genre-ratio était à 1,59. L'âge moyen de notre échantillon était de 59.89 ± 15 ans avec des extrêmes allant de 29 à 80 ans. Les comorbidités les plus observées étaient respectivement le diabète (49%), l'hypertension artérielle (49%), l'insuffisance rénale (7%). Les médianes des scores IGSII et APACHEII étaient respectivement de 33 [27-42] et de 15 [10-20]. Un tiers des patients (33%) ont reçu une alimentation mixte. Par contre, le reste (67%) a eu une alimentation parentérale exclusive. La durée médiane de séjour en réanimation était de 15 jours [7 ; 25] avec une mortalité globale de 77%. En analyse univariée, les facteurs de risque de survenue de CI étaient essentiellement : un score GSII > 36 ($p=0.004$), et une durée de séjour prolongée ($p<0.001$). Par ailleurs, en analyse multivariée, seule la durée de séjour était significativement liée aux CI.

Conclusion : Cette étude a permis d'identifier les facteurs de risque de CI chez les patients admis en milieu de réanimation. D'autres études prospectives et multicentriques sont nécessaires afin de déterminer tous les facteurs qu'on peut les modifier.

P 045 MASTITE TUBERCULEUSE PIEGE DIAGNOSTIC

L. CHOUALI : Gynécologie-Obstétrique EHS mère et enfant el eulma algerie.

Introduction : La tuberculose mammaire est une forme rare de la tuberculose extra-pulmonaire même dans les pays endémiques. Elle représente 0,06 à 0,1% de l'ensemble des localisations tuberculeuses et le 0,025 % à 4,5 % de l'ensemble de la pathologie mammaire. Son diagnostic est difficile vu la multiplicité et la non-spécificité de ses aspects cliniques et radiologiques qui sont souvent trompeurs et posent un réel problème de diagnostic avec les cancers du sein.

Objectif : Le but du travail était de dégager les caractéristiques cliniques, radiologiques, morphologiques et histologiques de la tuberculose mammaire et difficultés diagnostiques avec les autres mastopathies notamment le cancer du sein.

Méthode : Nous rapportons 8 cas de mastite tuberculeuse colligés au sein du Service de Gynécologie et Obstétrique sur une période de 1 an (2022).

Résultat : Dans cette étude, la tuberculose mammaire représente 0,18 % des localisations tuberculeuses déclarées et 0,36 % des pathologies mammaires prises en charge à l'hôpital. L'âge moyen de nos patientes était de 36 ans. Les 8 patientes étaient en période d'activité génitale. antécédents de tuberculose ou de contact tuberculeux dans 2 cas. Les résultats cliniques étaient trompeurs. Dans 60% des cas il s'agissait d'une tumeur maligne, dans 30 % des cas d'un nodule bénin (sous forme d'un nodule inflammatoire dans 2 cas, tuméfaction avec fistulisation cutanée) et dans 10 % des cas d'un abcès.. L'atteinte était unilatérale dans 100 %. La mammographie a conclu à une lésion maligne dans 40 % des cas. Avait objectivé des opacités nodulaires circonscrites avec épaissement cutané en regard dans 4 cas, un surcroît de densité mal limité dans 2 cas. L'échographie mammaire avait montré une masse hypoéchogène avec renforcement postérieur et une infiltration œdémateuse dans 5 cas, une plage hétérogène avec épaissement cutané dans 3 cas. Le diagnostic a été posé, pour toutes nos patientes, après étude histologique où nous avons

retrouvé un aspect de tuberculose folliculaire évolutive nécrosante suppurée sur des pièces de tumorectomie, ou de biopsie. Le diagnostic de tuberculose était établi ; Toutes les patientes ont eu un traitement médical antituberculeux anti-bacillaire 2RHZE/4RH. L'évolution était favorable avec un taux de guérison de 100 %, à noter qu'une patiente a présenté une récurrence de l'abcès avec fistulisation 3 mois après la fin du traitement.

Conclusion : La tuberculose mammaire est rare, même en pays d'endémie. La clinique et l'imagerie ne sont pas spécifiques. Elle pose le problème du diagnostic différentiel avec la pathologie néoplasique vu le caractère pseudo-tumoral et les autres granulomatoses. La certitude diagnostique est histologique

P 046 FATAL DISSEMINATED TUBERCULOSIS AFTER ANTI-TNFA TREATMENT FOR CROHN DISEASE: CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE.

Hajer Yahyaoui : Réanimation médicale Hôpital Sahloul.
Rafla Ben Dabebiss : Réanimation médicale Hôpital Sahloul.
Abdelka : Réanimation médicale Hôpital Sahloul.
Amira Hmaidi : Réanimation médicale Hôpital Sahloul.

Introduction : Treatment with anti-TNF α has revolutionized the management of chronic inflammatory bowel diseases, but at the expense of a major risk of tuberculosis. We report a case of Crohn's disease treated with anti-TNF α who developed fatal disseminated tuberculosis.

Cas clinique : A 45-year-old patient with a 7-year history of Crohn's disease treated with anti-TNF alpha (adalimumab), was admitted to the internal medicine department because of deterioration in her general condition, and fever since a month before admission.

Physical examination showed deep weight loss, and axillary lymphadenopathy. Chest, abdomen and pelvis CT scan revealed an aspect highly suggestive of pulmonary miliary tuberculosis associated with a multinodular spleen, mediastinal and abdominal adenomegaly.

Tuberculin test, and alcohol-acid fast bacilli in sputum were negative. RT-PCR testing in Broncho-alveolar lavage fluid was positive for tuberculosis. Disseminated tuberculosis was therefore considered. During hospital stay in internal medicine, the patient developed behavioral disorders and became restless. Neurological examination revealed a kinetic cerebellar syndrome suggestive of tuberculous meningoencephalitis, and as second chest CT scan disclosed bilateral pleural effusion with lymphocyte predominance that required chest drainage in the left side. The patient was treated with antituberculous drugs and dexamethasone. The respiratory, hemodynamic and neurological status deteriorated rapidly with septic shock requiring transfer to the ICU, invasive mechanical ventilation, and norepinephrine infusion (8 mg/h). He was started on empirical antibiotic therapy with imipenem and colimycin association. Escalation of norepinephrine was necessary reaching 15 mg/h in front of persistent vasoplegia. Severe hypoglycemia required continuous infusion of 30% Dextrose and was attributed to liver failure as suggested by liver cytolysis and low prothrombin time. Acute renal failure with anuria, as well as disseminated intravascular coagulation occurred. The patient died with refractory septic shock and multiple organ failure.

Conclusion : Screening of tuberculosis is necessary before starting anti-TNF α treatment. Furthermore, patients on anti-TNF α must be closely monitored, and persistent clinical infectious symptoms should raise the possibility of tuberculosis, and empirical anti-tuberculous treatment should be started while awaiting diagnostic confirmation.

P 047 ÉPIDÉMIOLOGIE DE LA TUBERCULOSE GRAVE EN REANIMATION

A.Azaza : Service de Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghouan.
I.Talik : Service de Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghouan.
K.Ben Ismail : Service de Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghouan.
F.Essafi : Service de Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghouan.
S.Ben Othmane : Service de Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghouan.
N.Ben Slimene : Service de Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghouan.
T.Merhbene : Service de Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghouan.

Introduction : En Tunisie, malgré une endémicité intermédiaire, les études épidémiologiques sur les patients atteints de tuberculose (TB) grave nécessitant une hospitalisation en réanimation sont rares.

Objectif : L'objectif de ce travail était de décrire les caractéristiques cliniques, paracliniques, thérapeutique et évolutives des patients tuberculeux pris en charge en réanimation.

Méthode : Ils s'agissaient d'une étude rétrospective descriptive, incluant des patients hospitalisés en réanimation, pour une infection tuberculeuse confirmée, entre Janvier 2022 et Janvier 2023. La TB pulmonaire est définie par

une atteinte pulmonaire et/ou pleurale associée. La TB extra-pulmonaire touche d'autres organes que les poumons. La TB disséminée est définie par la miliaire tuberculeuse, l'isolement de *Mycobacterium tuberculosis* dans le sang, la moelle osseuse ou le foie, ou dans les prélèvements de deux organes non contigus chez un même patient. Les données démographiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives étaient collectées.

Résultat : Sept patients étaient inclus : l'âge médian était de 51[25-56] ans, quatre étaient des hommes. Deux étaient des fumeurs actifs, deux étaient diabétiques et un seul avait l'antécédent de pleurésie. Les médianes des scores SAPS II et APACHE II étaient respectivement de 15[8-27] et 10[5-15]. Le motif d'admission le plus fréquent était l'insuffisance respiratoire aiguë (n=6). Un seul patient était admis pour trouble de la conscience. Les symptômes les plus fréquents étaient la fièvre(n=4), l'amaigrissement(n=3) et les symptômes respiratoires : toux productive (n=3), hémoptysie(n=2) et douleurs thoraciques(n=1). Les sept cas étaient diagnostiqués en réanimation : 6 avaient des cultures positives des expectorations ou d'aspirations bronchiques, et un seul cas a été retenu sur les données de la biopsie ganglionnaire. La co-infection par le virus de l'immunodéficience humaine, était dépistée chez deux patients et était négative. La TB pulmonaire était retrouvée chez tous les patients. Elle est associée à une localisation pleurale dans trois cas, une localisation lymphatique dans un seul cas, une atteinte cérébro-médullaire dans deux cas et urinaire chez un seul patient. La miliaire radiologique a été retrouvée dans deux cas. La TB disséminée a été diagnostiquée chez trois patients. Le rapport PaO₂/FiO₂ médian était de 210 mm Hg [16-268]. Trois patients ont nécessité une ventilation mécanique invasive, des vasopresseurs (n=1) et des corticostéroïdes (n=2). Un traitement antituberculeux a été initié en réanimation chez six patients. La durée médiane d'hospitalisation a été de 15 [8-18] jours et un patient est décédé.

Conclusion : Dans notre étude, tous les cas de TB admis en réanimation étaient diagnostiqués au cours de l'hospitalisation. L'atteinte pulmonaire était constante et la forme disséminée était fréquente.

P 048 EFFICACY AND SAFETY OF TOCILIZUMAB IN CRITICALLY ILL COVID-19 PATIENTS

Hamza Ben Cheikh Larbi : Anesthésie Réanimation HMPIT.

Baraa Ben Houria : Pharmacie HMPIT.

Hedi Gharsallah : Anesthésie Réanimation HMPIT.

Mustapha Ferjani : Anesthésie Réanimation HMPIT.

Introduction : The main responsible for Covid-19's Acute Respiratory Distress Syndrome has been identified as the cytokine storm, especially Interleukine-6. Tocilizumab has been used worldwide, associated with steroids, during the acute phase with good results.

Objectif : The aim of our study was to assess the efficacy and safety of Tocilizumab in critically ill Covid-19 patients in Tunisia.

Méthode : It was a single-center, observational, descriptive and retrospective study conducted in the Military hospital of Tunis' Intensive Care Unit (ICU) over a period of 13 months, including all the critically ill Covid-19 patients hospitalized from September 2020 until September 2021. Our primary outcome was all-cause mortality at 28 days and side effects directly imputable to Tocilizumab. After a matching process, we compared two groups: - Group 0: receiving standard treatment only (n=148) - Group 1: receiving standard treatment and Tocilizumab (n=107)

Résultat : The two groups were comparable regarding demographic data, medical history, clinical examination and biological parameters at admission in the ICU. The clinical examination after 48 hours under treatment has shown that group 0 developed more respiratory distress symptoms, higher oxygen need with a bigger need for non-invasive and invasive ventilation, higher use of Nitric Oxide and curare. Group 0 also showed more hemodynamic distress, lower Glasgow Coma Scale and higher temperature. Biological parameters have shown that group 0 had lower hemoglobin and platelets with higher C-Reactive Protein, white blood cells, fibrinogen and creatinine levels. For group 1, the Simplified Acute Physiology Score II and mortality prediction 48 hours after the administration of the treatment were stable; while they have significantly increased for group 0. There was no significant difference between the two groups regarding the complications during the stay except for renal failure and the need for renal replacement therapy that were higher for group 0. Mortality at 28 days and at all times was higher for group 0. Length of stay was longer for group 1.

Conclusion : The use of Tocilizumab on critically ill Covid-19 patients significantly improves survival without any significant side effects.

P 049 ENDOCANNABINOIDS AND IN-HOSPITAL MORTALITY IN COVID-19

A.Bouabdallah : Infectious diseases department, Laboratory of biochemistry Rabta Hospital.

MK.Ben fradj : Laboratory of biochemistry Rabta Hospital.

R.Abdelmalek : Infectious diseases department Rabta Hospital.

B.Kilani : Infectious diseases department Rabta Hospital.

M. Feki : Laboratory of biochemistry Rabta Hospital.

Introduction : The endocannabinoid system is known for its neuromodulatory effects and its role in homeostasis. It also plays an important role in inflammation and immunity. During COVID-19, the inflammation can cause death. Endocannabinoids are believed to interfere during COVID-19.

Objectif : Our aim was to study plasmatic endocannabinoids in in-patients with COVID-19, and to look for a possible association with in-hospital mortality.

Méthode : We performed a prospective, monocentric, observational study in a medicine department. We included consenting adults hospitalized for COVID-19 with a positive PCR test for SARS-CoV-2. We did not include patients admitted from intensive care units. Patients were monitored until discharged and were then separated into two groups: those who survived, and those who died. Blood samples were taken within 48 hours of hospitalization. After plasma extraction, we analysed 7 different endocannabinoids: Alpha- Linolenoyl ethanolamide (ALEA), Eicosapentaenoyl ethanolamide (EPEA), Docosahexaenoyl ethanolamide (DHEA), Anandamide (AEA), Palmitoylethanolamine (PEA), 2-arachidonoylglycerol (2-AG) and Oleoylethanolamide (OEA). Mann-Whitney U test was used for statistical analysis.

Résultat : We included 126 patients. Twenty-one patients died during their hospitalization. At admission, AEA was statistically higher in patients who later died compared to survivors ($p<0,001$). OEA was also higher in patients who died, with a statistically significant difference ($p=0.001$). ALEA, EPEA and PEA at admission were higher in patients who died than in those who survived, with no statistically significant difference ($p=0,203$, $p=0,201$ and $p=0,241$ respectively). There was no significant difference in DHEA ($p=0,909$) nor in 2AG ($p=0,386$) between the dead and the survivors. The summation of eCB had a higher median, 25th and 75th quartiles in patients who died than in those who survived, with no statistically significant difference ($p=0,338$).

Conclusion : Plasmatic endocannabinoids measured at admission for COVID-19, were higher in patients who died, especially AEA and OEA. Those endocannabinoids having mainly anti-inflammatory effects, their rise may be an adaptive mechanism to try to counterweight the cytokines-mediated inflammation.

Table: Endocannabinoids' distribution in survivors and dead patients from COVID-19.

	ALEA (pg/mL)		EPEA (pg/mL)		DHEA (pg/mL)		PEA (pg/mL)		AEA (pg/mL)		2AG (pg/mL)		OEA (pg/mL)		eCBs (pg/mL)	
	S	D	S	D	S	D	S	D	S	D	S	D	S	D	S	D
Q1	52	65,9	47,9	56,6	823	869	2103	2497	507	1140	5943	50253	2033	3054	41736	59591
Q2	75,4	86,4	70,1	81,2	1099	1008	2874	3193	782	1413	92062	124170	2859	3586	99619	135280
Q3	107	110	97,6	120	1352	1383	3850	4388	962	1813	280405	315919	3473	4375	289307	326199
Min	15,6	37,2	10,7	24,7	268	382	986	1560	224	387	33110	21777	723	1328	14549	32181
Max	239	258	236	281	2564	2616	9835	8555	2645	2142	1428228	549939	5859	7815	1432331	559058
p	0,203		0,201		0,909		0,241		,000		0,386		0,001		0,338	

ALEA: Alpha-Linolenoyl ethanolamide; EPEA: Eicosapentaenoyl ethanolamide; DHEA: Docosahexaenoyl ethanolamide (DHEA); PEA: Palmitoylethanolamine; AEA: Anandamide; 2AG: 2-arachidonoylglycerol; OEA: Oleoylethanolamide; eCBs: endocannabinoids; S: Survivors; D: Dead; Q1: First quartile; Q2: Median; Q3: Third quartile; Min: Minimal value; Max: Maximal value.

P 050 FACTORS ASSOCIATED WITH CROSS INFECTIONS IN COVID-19 PATIENTS IN A TUNISIAN INTENSIVE CARE UNIT

F. Azouzi : Laboratoire de microbiologie CHU Sahloul.
R. Chehaibi : Laboratoire de microbiologie CHU Sahloul.
H. Ghali : Service de prévention et sécurité des soins CHU Sahloul.
S. Boughattas : Laboratoire de microbiologie CHU Sahloul.
S. Ketata : Laboratoire de microbiologie CHU Sahloul.
L. Tilouche : Laboratoire de microbiologie CHU Sahloul.
Y. Ben Lamine : Laboratoire de microbiologie CHU Sahloul.
H. Said Laatiri : Service de prévention et sécurité des soins CHU Sahloul.
A. Trabelsi : Laboratoire de microbiologie CHU Sahloul.
W. Naija : Service de réanimation chirurgicale CHU Sahloul.
O. Bouallègue : Laboratoire de microbiologie CHU Sahloul.

Introduction : COVID-19 was rapidly declared a pandemic by World Health Organization. Around 5% of cases required admission in intensive care units (ICU). Superinfections in ICU are usually due to multidrug resistant microorganisms and impact the patient prognosis.

Objectif : The aim of this study was to identify risk factors associated with cross infections in COVID-19 ICU patients.

Méthode : This was an observational longitudinal study taking place in the intensive care unit of University Hospital Sahloul, Tunisia from 26-09-2020 to 23/07/2021. All patients diagnosed with COVID-19 (positive PCR or chest CT scan lesions) and admitted to ICU were included. The data were extracted prospectively from medical records and from the microbiology laboratory chart. Microorganisms were identified using VITEK®2 Biomérieux France and antimicrobial susceptibility testing was performed according to CA- SFM/EUCAST). Chi square test was used to compare categorical variables, and Student t-test to compare means. To identify factors associated with cross infections among COVID-19 patients, binary logistic regression model was used. Significant p value was set at 0.05.

Résultat : During the study period, 319 patients were included with a mean age of 62 ± 13 years old and a sex ratio (male/female) of 1.5. Average length of stay was 9 ± 7 days (maximum: 46 days, minimum: one day). A total of 196 cross infections were diagnosed and 102 (32%) patients had at least one cross infection. Ventilator-acquired pneumonia and bacteremia were diagnosed in 62% and 52% of patients respectively. The mean time to onset of the first cross infection was 8 ± 5 days (minimum: 2, maximum: 30 days). A total of 206 strains were responsible for cross infections with a majority of *Acinetobacter baumannii* (53,9%). Independent risk factors associated with cross infections in COVID-19 ICU patients were age >75 years old, Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and venous catheter use.

Conclusion : In COVID-19 ICU patients, the prevalence of cross infection was 32% within 8 ± 5 days. The main microorganism responsible for cross infection was *Acinetobacter baumannii*. Independent risk factors associated with cross infections in COVID-19 ICU patients were advanced age, and venous catheter use.

P 051 FACTORS ASSOCIATED WITH MORTALITY IN COVID-19 PATIENTS WITH CROSS INFECTION IN A TUNISIAN INTENSIVE CARE UNIT

H. Ghali : Service de prévention et sécurité des soins CHU Sahloul.
R. Chehaibi : Laboratoire de microbiologie CHU Sahloul.
Farah Azouzi : Laboratoire de microbiologie CHU Sahloul.
S. Boughattas : Laboratoire de microbiologie CHU Sahloul.
S. Ketata : Laboratoire de microbiologie CHU Sahloul.
L. Tilouche : Laboratoire de microbiologie CHU Sahloul.
Y. Ben Lamine : Laboratoire de microbiologie CHU Sahloul.
H. Said Laatiri : Service de prévention et sécurité des soins CHU Sahloul.
A. Trabelsi : Laboratoire de microbiologie CHU Sahloul.
W. Naija : Service de réanimation chirurgicale CHU Sahloul.
O. Bouallègue : Laboratoire de microbiologie CHU Sahloul.

Introduction : COVID-19 was a global health threat especially in vulnerable patients who are at risk of complicated presentation. Those who required intensive care were exposed to cross infections.

Objectif : The aim of this study was to identify independent risk factors associated with mortality in COVID-19 patients in a Tunisian intensive care unit (ICU).

Méthode : This was an observational longitudinal study carried in the intensive care unit of University Hospital Sahloul, Tunisia between 26-09-2020 and 23/07/2021. We included all COVID-19 patients who developed cross infections in the ICU. The data were extracted prospectively from medical records and from the microbiology laboratory

chart. Microorganisms were identified using VITEK®2 Biomérieux France and antimicrobial susceptibility testing was performed according to CA-SFM/EUCAST). Chi square test was used to compare categorical variables, and Student t-test to compare means. To identify factors associated with mortality among COVID-19 patients presenting cross infections, binary logistic regression model was used. Significant p value was set at 0.05.

Résultat : A total of 102 patients presented a cross infection during the study period with mean age of 65.06 ± 11.1 years old (minimum: 20 years, maximum 87 years) and a sex ratio of 1.55. Sixty-two (62%) had ventilator acquired pneumonia (66.2% caused by *Acinetobacter baumannii*) and 52% had bacteremia (83.9% due to *A. baumannii*). Mortality rate among these patients was 39.4%. On univariate analysis, factors associated with mortality in ICU COVID-19 patients with cross infections were hypertension, intubation and venous catheter use. On multivariate analysis, hypertension was found to be independent risk factor for mortality among these patients.

Conclusion : Mortality rate was high in COVID-19 ICU patients presenting cross infections. Hypertension was an independent risk factor associated with mortality in COVID-19 patients with cross infections in intensive care unit.

P 052 PROFIL ÉPIDÉMIO-CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DES PATIENTS COVID-19 HOSPITALISÉS À L'HÔPITAL MILITAIRE DE GABES

GNOUNOU Hajer : Anesthésie réanimation hôpital militaire de GABES.

CHAEIB Imene : Anesthésie réanimation hôpital militaire de GABES.

BEN SALAH Rahma : Anesthésie réanimation hôpital militaire de GABES.

HAJOUNI CHadha : Anesthésie réanimation hôpital militaire de GABES.

TRIGUI S : Anesthésie réanimation hôpital militaire de GABES.

HILALI Amine : Service des urgences hôpital militaire de GABES.

CHAABENE Ameni : Service des urgences hôpital militaire de GABES.

BAHAR Rijene : Service des urgences hôpital militaire de GABES.

MIDASSI Nessrine : Service des urgences hôpital militaire de GABES.

ROMDHANI Chiheb eddine : Anesthésie réanimation hôpital militaire de GABES.

Introduction : Le virus SARS-CoV2 est responsable de l'infection COVID19. C'est une pandémie mondiale. La rapidité de la propagation virale à travers le monde a conduit à de nombreuses publications évaluant les données clinique, biologique et radiologique propres à chaque pays.

Objectif : L'objectif de cette étude vise à comprendre les principales caractéristiques épidémiologique, cliniques, radiologique et évolutives des patients atteints de COVID19 et hospitalisés au sein de l'Hôpital Militaire de Gabes.

Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 94 patients colligés au service d'hospitalisation COVID-19 au sein de l'Hôpital Militaire de GABES sur une période de 2 ans allant du août 2020 au mars 2022.

Résultat : L'âge médian des patients était de 57 ans ± 16 , avec une prédominance masculine. 56% des cas avaient des antécédents médicaux dominés par diabète (33%) et HTA (31%). Dans notre série, 48 patients (51%) étaient en contact avec un cas confirmé ou suspect. Les signes fonctionnels étaient dominés par la triade : fièvre, toux et dyspnée dans plus de 70% ; 11.7% des patients présentaient une céphalée. 86% des cas présentaient des signes de détresse respiratoire dont 85% des cas avaient $\text{Spo}_2 \leq 94\%$. La TDM thoracique était réalisée chez 83% des cas. Les signes radiologiques les plus fréquents étaient dominés par des opacités en verre dépoli (90%). On note une prédominance de pneumonie sévère chez 53% des cas suivie par une pneumonie non hypoxémiante dans 33% des cas selon la classification de l'OMS. Sur le plan thérapeutique, 91% des cas ont nécessités une oxygénothérapie dont la CPAP et la VNI étaient prescrites respectivement chez 22% et 23% des cas. La prescription de l'antibiothérapie était dominée par l'association claforan + tavanic chez 67% des cas. Seulement 7 patients ont reçu le tocilizumab à la dose de 8mg/kg à la pousse seringue électrique. L'évolution de nos patients était favorable avec guérison sans séquelle dans 72% des cas. On note 18 décès avec un taux de mortalité dans notre série est de 19%. La durée moyenne d'hospitalisation était de 7 jours ± 4 .

Conclusion : L'étude des caractères épidémiologique et clinique nous a permis de mieux comprendre le profil des patients et d'évaluer les conduites au cours de la prise en charge pour améliorer la qualité de prise en charge en cas de nouvelle vague.

P 053 KINETICS OF LYMPHOCYTES IN SEVERE ACUTE RESPIRATORY VIRAL INFECTIONS: COMPARISON BETWEEN SARS-COV-2 AND OTHER VIRUSES

S.Ben Othman : Réanimation médicale Hôpital régional de Zaghouan.

N.Ben Slimene : Réanimation médicale Hôpital régional de Zaghouan.

B.Ben Dhia : Réanimation médicale Hôpital régional de Zaghouan.

I.Talik : Réanimation médicale Hôpital régional de Zaghouan.

K.Ben Ismail : Réanimation médicale Hôpital régional de Zaghouan.

A.Azaza : Réanimation médicale Hôpital régional de Zaghouan.

F.Essafi : Réanimation médicale Hôpital régional de Zaghouan.

T.Merhabene : Réanimation médicale Hôpital régional de Zaghouan.

Introduction : During the COVID-19 pandemic, it was noted that many respiratory viruses had similarities with SARS-CoV-2 in terms of clinical presentation, imaging and outcomes. Biologically, persistent lymphopenia was found to be predictive of mortality in COVID-19.

Objectif : To compare kinetics of lymphocytes in patients with SARS-CoV-2 and other respiratory viruses and assess its correlation with poor outcome.

Méthode : We conducted a retrospective monocentric study in the ICU of Zaghouan's regional hospital in Tunisia (SARI sentinel center), including critically ill patients hospitalized for severe viral pneumonia over a period of six months (from September 2022 to February 2023). Clinical, therapeutic and evolutionary characteristics were gathered. Daily lymphocytes' rate were collected. Two groups were secondarily individualized G1=COVID-19 and G2: patients with other respiratory viruses. In each group, lymphocytes' kinetic and occurrence of intra-hospital mortality were monitored.

Résultat : Sixty patients were included (30 patients in each group). Viruses identified in G2 were respectively H1N1/pdm 2009 (n=16), H3N2 (n=4), influenza B (n=4), rhinovirus (n=5), parainfluenza virus (n=1). Mean age were respectively 51 ± 13.9 years in G1 and 50.9 ± 15.4 years in G2. Gender ratio was respectively 2 in G1 and 0.8 in G2. Group 1 had a higher median APACHE II score (10 [2-28] in G1 vs 6 [0-23] in G2, $p=0.05$). Noninvasive ventilation was used in both groups (86% in G1 vs 80% in G2; $p=0.3$) for a similar duration (3 [1-8] vs 1 [1-6]; $p=0.48$). Orotracheal intubation was needed in 30% in G1 vs 33% in G2 ($p=0.5$). No differences in healthcare associated infections occurrence between both groups were found ($p=0.55$). There was no statistical difference in length of hospital stay (5 [2-33] vs 3 [1-32]; $p=0.52$) nor in mortality rate between both groups 21% in G1 vs 23% in G2 ($p=0.38$). Mean lymphocyte rate at admission was similar in both groups (1150 elt/mm³ in G1 and 1110 elt/mm³ in G2; $p=0.856$). It was noted that persistent lymphopenia on admission's third day in COVID-19 patients and seventh day in those with other respiratory viruses were associated with a higher mortality (respectively $p=0.024$ and $p=0.033$).

Conclusion : Our study has shown that persistent lymphopenia is biomarker of poor outcome in patients with COVID-19 as well as in those with other respiratory viruses at different stages of the disease.

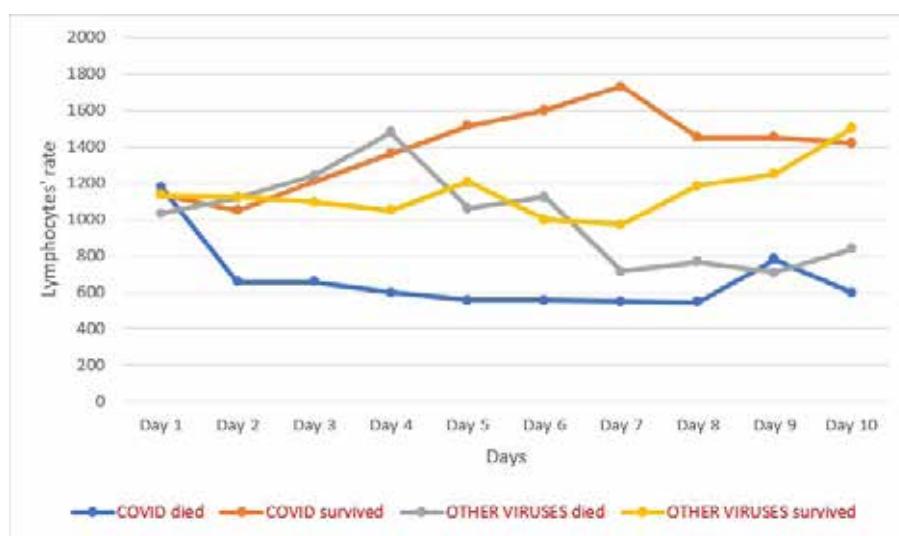


Figure 1 : Kinetics of lymphocytes in SARS-CoV-2 and other respiratory viruses

P 054 EPIDEMIOLOGICAL AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF ELDERLY PATIENTS DIAGNOSED WITH COVID-19

N.Nabli : Department of infectious diseases Military Hospital of Tunis, Tunisia.
A.Bouabdallah : Department of infectious diseases Military Hospital of Tunis, Tunisia.
S.Hannachi : Department of infectious diseases Military Hospital of Tunis, Tunisia.
B.Arfaoui : Department of internal medicine Military Hospital of Tunis, Tunisia.
S.Sayhi : Department of internal medicine Military Hospital of Tunis, Tunisia.
N.Ben Abdelhafidh : Department of internal medicine Military Hospital of Tunis, Tunisia.
R.Abid : Department of infectious diseases Military Hospital of Tunis, Tunisia.
R.Battikh : Department of infectious diseases Military Hospital of Tunis, Tunisia.

Introduction : The COVID-19 pandemic has compromised the public health system, affecting the well-being of many individuals, especially the elderly.

Objectif : Our aim was to study the characteristics of COVID-19 in elderly patients and detect factors associated with mortality.

Méthode : A descriptive study of patients over the age of 65 years, who were diagnosed with COVID-19 and admitted to our department in 2020-2021 was carried out.

Résultat : Of the total 500 in-patients, 219 were elderly (43.8 %). Among the older patients, 112 were male (51.1%; sex- ratio=1.05). The mean age was 74.3±6.9 years. The median length of hospital stay was 8 days. Major comorbidities were hypertension (43%), diabetes (36%), dyslipidemia (13.6%) and kidney disease (11.6%). Asthenia (67.1%), cough (65.8%), dyspnea (56.6%) and fever (50.7%) were the most common symptoms. Severe infection was registered in 156 patients (71.2%). Thirty-seven patients (16.9%) were transferred to the intensive care unit and 30 died (13.7%). Factors associated with mortality were known dyslipidemia ($p=0.001$), initial polypnea ($p<0.001$), oxygen saturation $<90\%$ ($p<0.001$) and lactate blood level $> 2\text{mmol/l}$ ($p<0.001$). Older patients were significantly more at risk of severe form ($p=0.019$) and of mortality ($p=0.001$) compared to younger patients.

Conclusion : Elderly patients have higher risk of developing severe COVID-19 and dying from it which requires a closer medical attention.

P 055 FACTEURS ASSOCIÉES À LA SURVENUE DE COÏNFECTION VIRALE COVID-19

Rihab Boubtane : Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba sfax.
Saba Gargouri : Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba sfax.
Rania Ammar : Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba sfax.
Amel Chtourou : Laboratoire bactériologie sfax CHU Habib Bourguiba sfax.
Lamia Berrajah : Laboratoire bactériologie sfax CHU Habib Bourguiba sfax.
Mabrouk Bahloul : Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba sfax.
Awataf Taktak : Laboratoire bactériologie sfax CHU Habib Bourguiba sfax.
Hedi Chelly : Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba sfax.
Kamilia Chtara : Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba sfax.
Chokri Ben Hamida : Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba sfax.
Hela Karray : Laboratoire bactériologie sfax CHU Habib Bourguiba sfax.
Mounir Bouaziz : Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba sfax.

Introduction : La maladie à coronavirus (COVID19) est une maladie infectieuse due au virus SARS-CoV-2. Comme pour toute infection virale, un risque de coïnfection est à craindre.

Objectif : Déterminer les facteurs de risques susceptibles de favoriser la coïnfection COVID-19 avec les autres virus

Méthode : Nous avons conduit étude prospective de durée de 7 mois de septembre 2021 au mois de Mars 2022 réalisé au sein de service de réanimation médicale (COVID-19) de l'Hôpital Habib Bourguiba de Sfax. Nous avons inclus tous les patients présentant une infection COVI-19 confirmée au laboratoire par prélèvement naso-pharyngé étudié par RT-PCR accompagnée d'une détection des autres virus respiratoires par une approche syndromique rapide (BioFire® FilmArray® Panels).

Résultat : Durant la période de l'étude 97 patients étaient inclus, 10 patients soit 10,3% ont présenté une coïnfection virale avec le COVID-19. Le diabète a été associé à la survenue d'une coïnfection virale au covid19 ($p=0.041$). La température moyenne a été plus élevée chez les patient coinfectés $37,63\text{ }^{\circ}\text{C} \pm 0,69$ vs $36,88\text{ }^{\circ}\text{C} \pm 0,81$ ($p=0,003$). L'analyse de la courbe ROC a montré qu'une température $\geq 37,5$ a une sensibilité 0,60, une spécificité 0,83 et une aire sous la courbe de 0,78. La tachycardie a été associées à la coïnfection COVID19 ($p=0,005$). L'analyse de la courbe ROC a

montré qu'une fréquence cardiaque ≥ 98 battement par minute a une sensibilité 0,70, une spécificité 0,75 et une aire sous la courbe de 0,77. Le taux du HCO₃⁻ était plus élevé chez les patients coinfectés ($p=0,006$). L'analyse de la courbe ROC a montré qu'un taux de HCO₃⁻ $\geq 25,8$ mmol/l a une sensibilité de 0,80, une spécificité 0,73 et une aire sous la courbe de 0,76. La glycémie ($p=0,028$) et le taux des lymphocytes ($p=0,01$) ont été associés à la coinfection COVID 19. L'analyse de la courbe ROC a montré qu'un taux de glycémie $\geq 7,8$ mmol/l a une sensibilité de 0,67, une spécificité 0,70 et une aire sous la courbe de 0,71. L'analyse de la courbe ROC a montré qu'un taux des lymphocytes ≤ 625 élément/mm³ ($p=0,01$) a une sensibilité de 0,65, une spécificité 0,50 et une aire sous la courbe de 0,63.

Conclusion : La coinfection virale par d'autres virus que le coronavirus peut aggraver les lésions pulmonaire. Cependant connaître les facteurs associée à la survenue de coinfection peut améliorer notre prise en charge thérapeutique.

P 056 REDUCTION OF IL-6 EXPRESSION FOLLOWING SARS-COV-2 VACCINATION IN PATIENTS ADMITTED TO INTENSIVE CARE UNIT.

Khadija BAHIRINI : Research Unit UR17DN05 Military Hospital of Tunis.

Nejla STAMBOULI : Research Unit UR17DN05 Military Hospital of Tunis.

Aïcha REBAI : Department of Anesthesiology and Intensive Care Military Hospital of Tunis.

Sana BOUGHARIOU : Department of Anesthesiology and Intensive Care Military Hospital of Tunis.

Mohamed ZAKRAOUI : Department of Anesthesiology and Intensive Care Military Hospital of Tunis.

Walid SAMOUD : Department of Anesthesiology and Intensive Care Military Hospital of Tunis.

Mouna BEN AZAIEZ : Department of Immunology Military Hospital of Tunis.

Walid SELLAMI : Department of Anesthesiology and Intensive Care Military Hospital of Tunis.

Iheb LABBENE : Department of Anesthesiology and Intensive Care Military Hospital of Tunis.

Chihebeddine ROMDHANI : Department of Anesthesiology and Intensive Care Military Hospital of Tunis.

Hédi GHARSALLAH : Department of Anesthesiology and Intensive Care Military Hospital of Tunis.

Mustapha FERJANI : Department of Anesthesiology and Intensive Care Military Hospital of Tunis.

Introduction : Immune cell response plays a crucial role in virus clearance during COVID-19 infection and underpins vaccine efficacy. Herein, we aimed to assess the immune cell response during COVID-19 infection and following Sars-Cov-2 vaccination.

Méthode : In this retrospective study, 94 confirmed COVID-19 patients admitted to the intensive care unit (ICU) were categorized into unvaccinated patients ($n=50$), vaccinated ($n=44$), deceased ($n=59$) and discharged group ($n=53$). Records patients with severe COVID-19 admitted to the ICU between March, 2021 and March, 2022 were gathered and analyzed.

Résultat : The assessment of immune cell counts revealed a large rise of neutrophils associated to decrease number of lymphocytes in patients with COVID-19 infection. In dead patients, we detected a significant correlation between neutrophils and inflammatory parameters such us IL-6 and CRP. Moreover, analysis of immune cell count following vaccination did not reveal any significant difference. However, the most substantial result herein detected is the decrease level of IL-6 in vaccinated patients as compared to unvaccinated. Regarding the level of mortality after vaccination, we showed that all patients who are received the first dose were died (46.1%, $n=12$) as compared to those who are received two doses (34.6%, $n=9$) and the third dose of vaccine (19.23%, $n=3$) ($p=0.0018$). Studying the inflammatory parameters after each vaccine dose, we revealed a significant decrease of IL-6 level after the booster dose (third dose) especially in vaccinated discharged patients.

Conclusion : Neutrophils combined to IL-6 and CRP can be very useful markers to predict disease severity in patients admitted to the ICU. The decrease level of IL-6 in vaccinated group pointed out the impact of vaccination to prevent inflammatory cytokine release.

P 057 LA LYMPHOPENIE EST-ELLE UN FACTEUR PRONOSTIC CHEZ LES PATIENTS COVID-19 ADMIS EN REANIMATION MEDICALE ?

R.Gharbi : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
M.Jrad : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
S.Chtioui : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
R.Rajah : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
A. Ben Khelifa : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
Rebhi Abderazak : Réanimation médicale hôpital régionale kasserine.
M.Fekih Hassen : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
H.Ben Sik Ali : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
O.Jaoued : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
S.Elatrous : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.

Introduction : La lymphopénie est observée dans 60% des patients COVID-19. Elle est corrélée à un taux élevé d'admission en réanimation.

Objectif : déterminer si la lymphopénie est un facteur prédictif de mortalité chez les patients admis en réanimation pour pneumopathie COVID 19.

Méthode : C'est une étude observationnelle et analytique. La période d'étude est comprise entre septembre 2020 et novembre 2022. Critères d'inclusions : tous les patients hospitalisés en réanimation pour prise en charge d'une pneumopathie COVID 19 compliquée d'une pneumopathie hypoxémiante avec P/F < à 200. Les paramètres recueillis : les caractéristiques démographiques. Les antécédents, le score de gravité SAPSII, SOFA, le rapport P/F, le nombre de lymphocytes, présence ou pas d'une lymphopénie, le recours à la VMI, la durée de VMI, la survenue d'état de choc, la PAVM, la durée de séjour en réanimation et la mortalité.

Résultat : Deux cent cinquante-cinq patients ont été inclus dans notre étude. L'âge moyen était à 57 ± 15 ans avec une prédominance masculine (57%). Le score de gravité SAPSII moyen était à 26 ± 13 avec score de SOFA à 4 ± 2 . Le rapport P/F à 117 ± 70 . Le nombre moyen de lymphocytes était de 1125 ± 798 elts/ml. La lymphopénie était présente chez 59% de la population à l'étude. Le recours à la ventilation mécanique invasive était de 47% avec une durée de VMI à 13 ± 12 jours et une mortalité à 41%. Les patients présentant une lymphopénie étaient plus âgés (59 ± 14 ans vs 54 ± 15 ans ; $p = 0.04$) avec un SOFA plus élevé (5 ± 3 vs 3 ± 2 ; $p = 0.03$). Les deux groupes étaient similaires concernant les comorbidités et le recours à la ventilation mécanique invasive. La survenue de pneumopathie acquise sous ventilation invasive et d'un état de choc septique étaient plus fréquents chez les patients lymphopéniques avec respectivement (32% vs 16% ; $p = 0.03$ et 44% vs 25% ; $p = 0.02$). La durée de séjour était moins prolongée chez les patients sans lymphopénie (10 ± 9 vs 14 ± 12 ; $p = 0.05$). La mortalité était comparable entre les deux groupes (44% groupe lymphopénie contre 36% dans l'autre groupe). En analyse multivariée les score de gravité SAPSII (OR : 1.04, IC 95% [1.01-1.08] ; $p=0.01$) et l'APACHE II (OR : 1.07 IC 95% 1.00-1.14] ; $p : 0.03$) étaient les seuls facteurs prédictifs de mortalité.

Conclusion : La lymphopénie n'est pas un facteur prédictif de mortalité chez les patients admis en réanimation pour une pneumopathie COVID-19 compliquée de SDRA.

P 058 EVOLUTION DU TAUX DES INFECTIONS À BMR DANS UN SERVICE DE RÉANIMATION TUNISIEN AVANT, APRÈS ET PENDANT LA PANDÉMIE COVID19

Zeienb hammouda : Réanimation polyvalente te monastir.
Azer yaacoub : Réanimation polyvalente monastir.
Oussama Saadaoui : Réanimation polyvalente monastir.
Skander Grira : Réanimation polyvalente monastir.
Yasmine Maatouk : Laboratoire de microbiologie monastir.
Yosr Kadri : Laboratoire de microbiologie monastir.
Wiem Nouira : Réanimation polyvalente monastir.
Manel Lahmar : Réanimation polyvalente monastir.
Fahmi Dachraoui : Réanimation polyvalente monastir.
Maha Mastouri : Laboratoire de microbiologie monastir.
Lamia Besbes : Réanimation polyvalente monastir.

Introduction : Les infections associées aux soins (IAS) représentent un véritable fléau dans toute structure de soins en particulier en réanimation où il s'agit le plus souvent d'une infection par des bactéries multi résistantes (BMR) survenant chez des patients très graves. Des mesures spécifiques sont alors nécessaires pour limiter leur survenue

Objectif : L'objectif de ce travail est de déterminer l'évolution du taux d'infections à BMR dans le service de réanimation polyvalente du CHU Fattouma Bourguiba sur une période de cinq ans et l'impact de la pandémie COVID sur la prévalence et le profil microbiologique.

Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective mono centrique menée dans le service de réanimation polyvalente du CHU Fattouma Bourguiba de Monastir entre janvier 2018 et juillet 2023. Les données recueillies étaient l'effectif des hospitalisations et le taux de mortalité annuels. Concernant les données microbiologiques, on a consulté la base de données du laboratoire de microbiologie de l'hôpital. Le taux annuel des souches de BMR retrouvées ainsi que leurs profils microbiologiques ont été recueillis. Les souches étudiées étaient : SARM : S. aureus résistant à la méticilline. ABRC: A. baumannii résistant à la ceftazidime ABRI : A. baumannii résistant à l'imipénème. PARC: P. aeruginosa résistant à la ceftazidime PARI : P. aeruginosa résistant à l'imipénème. ERV : entérocoque résistant à la vancomycine EBRC3G : entérobactéries résistantes aux céphalosporines de 3^{ème} génération.

Résultat : Au cours de la période étudiée, nous avons remarqué que le nombre d'admissions ainsi que la mortalité étaient constants. Cependant, au cours de l'année 2021 nous avons remarqué un taux de mortalité plus important à 40% ainsi qu'un effectif d'admission en réanimation plus important. Ceci pourrait être expliqué par la pandémie COVID 19. L'évolution du taux d'infection à BMR est représentée dans le graphique 1. On remarque qu'elle est globalement constante au fil des années. Acinetobacter Baumannii résistant à l'imipénème (ABRI), P. aeruginosa résistant à la ceftazidime, et les entérobactéries résistantes aux céphalosporines de 3^{ème} génération étaient les BMR les plus fréquemment isolées. Au cours des années 2020, 2021 et 2022 le taux d'infection est quasi constant. On note par ailleurs une légère augmentation du taux des souches d'acinetobacter isolées.

Conclusion : Les résultats retrouvés par ce travail montrent un taux constant pour les souches à BMR. Ce taux quoique constant au fil des années, est alarmant et mérite une évaluation globale dans les services de réanimation Tunisiennes. Les stratégies nationales doivent être élaborées pour renforcer les mesures de prévention des infections à BMR.

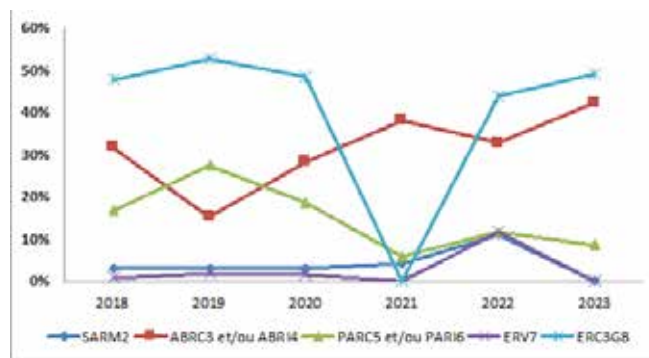


Figure1 : évolution du taux d'infections à BMR au cours de cinq années

P 059 PREDICTIVE FACTORS FOR MORTALITY IN SEVERE SARS-COV2 PNEUMONIA

S.Khabouchi : Services des Urgences Hopital Charles Nicolle.

S.Othmani : Services des Urgences Hopital Charles Nicolle.

S.Ouerghi : Services des Urgences Hopital Charles Nicolle.

S.Khiari : Services des Urgences Hopital Charles Nicolle.

H.Hedhli : Services des Urgences Hopital Charles Nicolle.

Introduction : SARS-CoV2 is responsible in the most forms for severe pneumonia with high morbidity and mortality. Several factors have been related to the severity such as obesity, comorbidities especially cardiovascular and respiratory, and biological factors such as hyponatremia.

Objectif : To identify risk factors for in-hospital mortality in patients hospitalized in the emergency department for severe SARS-CoV2 pneumonia.

Méthode : Observational, prospective, single-center study of patients hospitalized with severe SARS-CoV2 pneumonia during the Delta wave from January to June 2021.

Résultat : Inclusion of 84 patients. The mean age was 66±13 years with extremes ranging from 34 to 77 years with a male predominance (46%). The most noted past medical history were: smoking (21.4%), COPD (9.5%), hypertension (52.4%), heart failure (2.4%), coronary insufficiency (9.5%), diabetes (43%) and renal failure (13%). The clinical

examination of the patients showed a respiratory rate ranging from 16 to 48 with a mean of 25 ± 9 cpm, SpO₂ on AA ranged from 40 to 92% with a mean of 81 ± 10 %. The SAP values were between 90 and 200 mmHg with a mean of 126 ± 18 and the mean ADP is estimated to be 73 mmHg. Positive diagnosis was made by Rt-PCR in 51 patients (60.7%) and by the rapid antigenic test in 12 patients (14.3%). Chest CT was done in 44 patients (52.4%) and showed involvement: moderate (7%), extensive (13%), severe (23.8%), critical (4.8%). The biological signs were (n, %): hyperleukocytosis (22, 19%), lymphopenia (58, 69%), elevated D-dimer (20, 24%), elevated CRP (57, 68%) and positive lactate (27, 32%). The main means of oxygenation were nasal cannula (10.7%), simple face mask (25%), and high concentration mask (56%). Non-invasive ventilation was used in 22 patients (26.2%) and mechanical ventilation in 7 patients (8.3%). The length of stay in the emergency department varied from 4 to 360 hours with a median of 48 hours with an intra-hospital mortality of 25% (n=21). Factors associated with in-hospital mortality with statistically significant difference were: chronic renal failure (p=0.045), hyponatremia (p=0.041), and high D.Dimers (p=0.035).

Conclusion : Intra-hospital mortality in patients hospitalized with severe SARS-CoV2 pneumonia appears to be higher in patients with chronic renal failure, high D.Dimers, or hyponatremia on admission.

P 060 HEALTH-CARE ASSOCIATED INFECTIONS IN A TUNISIAN INTENSIVE CARE UNIT DURING COVID-19 PANDEMIC

I. Maatouk : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.

A. Maatouk : Department of preventive and community medicine University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.

A. Yaacoub : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.

S. Ben abdallah : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.

W. Ben Maria : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.

A. Ben massoud : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.

M.Lahmar : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.

O. Nouira : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.

Z.Hammouda : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.

F. Dachraoui : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.

L.Besbes Ouanes : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.

Introduction : HAIs are a public health problem worldwide, particularly during COVID-19 pandemic. HAIs are associated with increased morbidity and mortality in hospitalized ICU patients

Objectif : Our survey aimed to study the prevalence and microbiological profile of HAIs in a Tunisian ICU during COVID-19 pandemic.

Méthode : We conducted a retrospective study between 2020 and 2022 in our ICU (Tunisia). We included COVID-19 patients admitted to ICU for severe ARDS due to SARS-COV2. 19 whose stay was complicated by a HAIs. The demographic, clinical and evolutive characteristics as well as the results of the microbiological samples performed on these patients were analyzed.

Résultat : During the study period, 433 patients were admitted to our ICU for COVID-19 ARDS. Among them, 79 patients developed a HAI (18%). Forty five patients were men with a mean age of 65 years. The most frequent site of infection was the pulmonary site (52%) followed by hematovascular (9%) and urinary site (2%). *Acinetobacter baumannii* was the most frequently isolated germ (24%) followed by *Pyocyanic* (3.8%) and *Klebsiella pneumoniae* BLSE (3%). Polymicrobial infections were found in 17% of HAIs, and there was no identified germ in 30% of cases. The median length of stay was 15 days. The median delay of the occurrence of a HAI was 5 days. The most frequent complication was septic shock in 81% associated with multi-visceral failure in 71% of cases. The mortality rate was 84.8%.

Conclusion : The knowledge of the extent of HAIs and the microorganisms causing them is essential in order to redirect the actions of management of this infectious risk according to the results obtained

P061 LE TÉTANOS EN MILIEU DE SOINS INTENSIFS : ÉTUDE ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET CLINIQUE SUR 17 ANS

Sabrina Bradai : Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax.
Abir Dammak : Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax.
Dorra Berkhaies : Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax.
Najeh Baccouch : Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax.
Rania Ammar : Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax.
Olfa Turki : Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax.
Mabrouk Bahloul : Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax.
Hedi Chelly : Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax.
Chokri Ben Hmida : Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax.
Mounir Bouaziz : Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba.

Introduction : Le tétanos est une toxi-infection aiguë non contagieuse. La maladie est contractée par inoculation de spores de *Clostridium tetani* via une brèche cutanéomuqueuse. Le tableau clinique est souvent grave nécessitant l'hospitalisation en unité de soins intensifs (USI).

Objectif : Étudier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des patients atteints de tétanos pris en charge dans notre service de réanimation.

Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive, menée dans notre service de réanimation sur 17 ans entre le 1^{er} janvier 2006 et le 31 août 2023. Nous avons inclus les patients sur un faisceau d'arguments cliniques évocateurs de tétanos.

Résultat : Pendant la période de l'étude, 14 patients ont été admis pour tétanos. Le sex-ratio était de 1,8. L'âge moyen était de $61,9 \pm 10,5$ ans (46-82 ans). Onze patients n'étaient pas vaccinés ou ayant un statut vaccinal non connu. La porte d'entrée était cutanée chez 12 patients. La période d'incubation était en moyenne de $9,93 \pm 5,44$ jours (3–20 jours). La période moyenne d'invasion était de 2 jours (de 1 à 5). Tous les patients ont présenté une forme généralisée avec un trismus, une raideur de la nuque, une dysphagie et des contractures. Onze patients ont développé des spasmes. Un seul patient n'a pas développé des signes dysautonomiques. Tous les patients ont été intubés, sédatisés et ventilés mécaniquement pendant une durée moyenne de $21,6 \pm 16,1$ jours (0-57 jours). Onze patients ont été trachéotomisés. Tous les patients ont reçu la sérothérapie antitétanique et la vaccination par injections intramusculaires sur deux sites différents. Les benzodiazépines ont été prescrits afin de contrôler les spasmes musculaires avec une dose moyenne de 200 mg pendant une durée moyenne de 11 jours. Le séjour moyen en USI était de $28,4 \pm 16,4$ jours. Cinq patients sont décédés (35,7 %).

Conclusion : Le tétanos est une maladie rare en Tunisie évitable grâce à la vaccination. Les défis thérapeutiques majeurs résident dans le contrôle de la rigidité musculaire, les spasmes, les troubles dysautonomiques et les complications associées à l'hospitalisation prolongée.

P062 TÉTANOS : N'OUBLIER PAS DE TRAITER LA PORTE D'ENTRÉE

M. Bouabid : Anesthésie-réanimation Hôpital de Médenine.
S. Naifar : Anesthésie-réanimation Hôpital de Médenine.
N. Hajjam : Anesthésie-réanimation Hôpital de Médenine.
E. Fnina : Anesthésie-réanimation Hôpital de Médenine.
O. Bouhamed : Anesthésie-réanimation Hôpital de Médenine.

Introduction : Le tétanos est une toxi-infection grave due au *Clostridium tetani*. Il demeure un problème de santé publique dans les pays en développement où il est responsable d'une forte mortalité en particulier chez les femmes et les nouveau-nés.

Cas clinique : c'est un patient victime d'une piqure négligée de la plante du pied par un clou. Une semaine après il a consulté les urgences dans un tableau de trismus avec une dysphagie et attitude en flexion. Il sature à 93 sous 10 l d'oxygène avec signe de lutte, fièvre à 39. une infection tétanos a été suspectée, le patient a reçu SAT et VAT, augmentin, flagyl. Il a bénéficié d'une intubation par nasofibroscope, sédaté curarisé devant des spasmes récurrentes. Une cure d'immunoglobuline a été reçue. La déclaration de la maladie a été faite. Le patient a été trachéotomisé à j5 puis transféré à notre réanimation. L'avis des orthopédistes était initialement de ne pas explorer la porte d'entrée vu qu'elle est minime et propre. L'évolution initiale a été marquée par échec de dégression de cisatrex et récurrence des spasmes d'où ajout de diazepam en ivse et baclofène. Un autre avis d'orthopédie a été sollicité et l'examen trouve un issu de pus à la compression de la porte d'entrée. Une exploration chirurgicale a permis l'élimination d'un corps étranger végétal (figures). Une deuxième dose de SAT a été administrée en postopératoire. L'arrêt de la curarisation était bien toléré d'où l'arrêt de sédation et mise de morphine et catapressan pour lutte contre la dysautonomie.

L'évolution a été favorable, reprise de la conscience sans déficit neurologique, dégression des spasmes d'où arrêt de valium, ce qui a permis la décanulation. L'évolution était bonne permettant la sortie à domicile.

Conclusion : Le traitement du tétanos se base sur la sérothérapie, l'antibiothérapie, la lutte contre les spasmes et les traitements de support. Mais aussi il est primordial de traiter précocement la porte d'entrée afin d'éradiquer la source pérennisant cette toxiinfection



P 063 LA PRISE EN CHARGE DU PALUDISME GRAVE DANS UN SERVICE MÉDICAL

Hana Chaabouni : Service des maladies infectieuses CHU Hedi Chaker.
Khouloud Mnif : Service des maladies infectieuses CHU Hedi Chaker.
Salma Ben Hmida : Service des maladies infectieuses CHU Hedi Chaker.
Ichrak Boughariou : Service des maladies infectieuses CHU Hedi Chaker.
Tarak BenJemaa : Service des maladies infectieuses CHU Hedi Chaker.
Khaoula Rekik : Service des maladies infectieuses CHU Hedi Chaker.
Fatma Smaoui : Service des maladies infectieuses CHU Hedi Chaker.
Makram Koubaa : Service des maladies infectieuses CHU Hedi Chaker.
Chakib Marrakchi : Service des maladies infectieuses CHU Hedi Chaker.
Mounir BenJemaa : Service des maladies infectieuses CHU Hedi Chaker.

Introduction : Le paludisme est un enjeu majeur de santé publique par la fréquence et la létalité de ses formes graves liées à *Plasmodium falciparum*. La précocité du diagnostic et du traitement sont les facteurs essentiels du pronostic.

Objectif : Le but de notre travail est de décrire le profil épidémiologique, clinique et biologique des cas de paludisme grave.

Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive portant sur les cas de paludisme grave, hospitalisés au service des maladies infectieuses du CHU Hedi Chaker de Sfax, entre le 1^{er} Janvier 2016 et le 30 Juillet 2023. Les critères de gravité utilisés pour le diagnostic sont ceux définis par l'OMS en 2000.

Résultat : Au total, parmi les 44 patients hospitalisés pour paludisme, 6 cas dont 4 de nationalité tunisienne avaient des formes graves (soit 9%). L'âge moyen des patients était de 29+/-9 ans, avec un sex ratio H/F de 0,6. Aucun antécédent pathologique n'a été rapporté, hormis une infection par le VIH (1 cas) et un antécédent d'un accès palustre (3 cas). La notion de voyage dans un pays endémique était rapportée dans tous les cas. La chimioprophylaxie était adaptée chez un seul patient à base de méfloquine. Le délai d'apparition des symptômes était de 11 ± 6 jours. L'espèce

plasmodiale en cause était *Plasmodium falciparum* dans tous les cas. Un patient avait rapporté une somnolence avec prostration. Deux patients étaient ictériques et un patient avait présenté une dégradation de l'état hémodynamique avec installation d'un état de choc. Sur le plan biologique, les principaux signes de gravité étaient une parasitémie supérieure à 4% (1 cas) et une insuffisance rénale aiguë (1 cas). Deux patients avaient une pancytopenie et le diagnostic de syndrome d'activation macrophagique était confirmé par ponction sternale. Le traitement était à base d'artésunate (50%) ou artemether- lumefantrine si indisponibilité de quinine ou artésunate. L'épuration extrarénale était nécessaire chez un patient. La transfusion de culots globulaires et/ou plaquettaires était indiquée chez 2 malades. L'évolution était favorable dans tous les cas.

Conclusion : Le paludisme grave à *Plasmodium falciparum* est associé soit à un retard diagnostique soit à une chimioprophylaxie inadéquate soit aux deux. La prévention resterait le meilleur moyen pour éviter la survenue des formes graves. Elle devrait être basée essentiellement sur l'information des voyageurs et l'adéquation de la chimioprophylaxie associée à la précocité du diagnostic et du traitement.

P 064 ABOUT A RARE ASSOCIATION: PLASMODIUM FALCIPARUM MALARIA AND THROMBOTIC MICROANGIOPATHY SUCCESSFULLY TREATED WITH PLASMA EXCHANGE

I. Abassi : Department of Anesthesiology and Critical Care Military Hospital of Tunis.
M. Zakraoui : Department of Anesthesiology and Critical Care Military Hospital of Tunis.
S. Mahdoui : Department of Anesthesiology and Critical Care Military Hospital of Tunis.
M. Ouerghi : Department of Anesthesiology and Critical Care Military Hospital of Tunis.
W. Sellami : Department of Anesthesiology and Critical Care Military Hospital of Tunis.
W. Samoud : Department of Anesthesiology and Critical Care Military Hospital of Tunis.
A. Rebaï : Department of Anesthesiology and Critical Care Military Hospital of Tunis.
S. Boughariou : Department of Anesthesiology and Critical Care Military Hospital of Tunis.
Z. Hajjej : Department of Anesthesiology and Critical Care Military Hospital of Tunis.
H. Gharsallah : Department of Anesthesiology and Critical Care Military Hospital of Tunis.
I. Labbene : Department of Anesthesiology and Critical Care Military Hospital of Tunis.
M. Ferjani : Department of Anesthesiology and Critical Care Military Hospital of Tunis.

Introduction : Infection with *Plasmodium falciparum* is generally successfully treated with antiparasitic medication. However, the evolution can be lethal in some cases. In fact, this disease can reach different organs leading to their dysfunction.

Cas clinique : We report here the case of a 59-year-old patient admitted to our Intensive Care Unit (ICU) for severe malaria, complicated by a multiple organ dysfunction revealing a thrombotic microangiopathy. The patient had been in Cameroon 2 weeks before hospitalization. On admission, he was shocked, jaundiced, somnolent with a Glasgow Coma Scale of 12/15. Blood tests showed : bicytopenia, conjugated hyperbilirubinemia, creatinine 406 $\mu\text{mol/L}$, lactate 9 mmol/L and a parasitemia of 2%. The initial treatment approach included intravenous artesunate, fluid optimisation and norepinephrine infusion. The patient required high-flow nasal canula oxygen therapy due to acute hypoxemic respiratory failure. He received continuous veno-venous hemofiltration with regional citrate anticoagulation for a week. On the 7th day, there was persistent thrombocytopenia, mechanical hemolytic anemia, and stage 3 KDIGO acute kidney injury despite the parasite count returning negative. The diagnosis of thrombotic microangiopathy was considered. We realised an immunological investigation including the measurement of ADAMTS13 activity, anti-ADAMTS13 antibodies, Complement component 3 (C3), Factor H and Factor I. The patient received corticosteroid therapy and therapeutic plasma exchange. We attested clinical and biological improvement on day 10 of ICU stay. Five days after, he was transferred to the infectious disease ward.

Conclusion : *Plasmodium falciparum* malaria has the potential to result in multiple-organ failure. We described in this case a rare association with thrombotic microangiopathy that was difficult to diagnose and required specific treatment.

P 065 SEPTICÉMIE À SPHINGOMONAS PAUCIMOBILIS : À PROPOS D'UN CAS

Amina Hadded : Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba.
Najeh baccouch : Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba.
Sarra Temani : Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba.
Asma Rekik : Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba.
Dorra berkhaies : Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba.
Rania Ammar : Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba.
Bahloul Mabrouk : Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba.
Chokri Ben Hamida : Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba.
Mounir Bouaziz : Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba.

Introduction : Sphingomonas PauciMobilis, anciennement connu comme Pseudomonas paucimobilis, est un bacille à Gram négatif strictement aérobie, non fermentaire. Il est présent dans la nature, dans le sol et a également été isolée dans des équipements hospitaliers. Nous rapportons le cas d'une septicémie à Sphingomonas en milieu de réanimation

Cas clinique : Il s'agit d'une patiente âgée de 78 ans aux antécédents de diabète type 2, HTA, coronarienne stentée, admise en réanimation pour prise en charge d'un état de choc cardiogénique. Au cours de son séjour, la patiente a présenté des vomissements et douleur abdominale dans un contexte de fièvre à 38.5°C. A la biologie, elle avait une hyperleucocytose à 19500 éléments/mm³, une CRP à 109 mg/L. Une hémoculture a été prélevée au moment du pic fébrile qui est revenue positive à Sphingomonas Paucimobilis toto-résistant. La patiente a été traitée par Triméthoprime-sulfamide. L'évolution était défavorable, la patiente est décédée dans un tableau de défaillance multiviscérale. Les infections par cet agent pathogène ont tendance à se produire chez les patients immunodéprimés et rarement chez les patients immunocompétents. En général, S. Paucimobilis est sensible aux carbapénèmes, aux aminosides, au triméthoprime-sulfame-thioxazole et à la pipéracilline/tazobactam, et résistant aux pénicillines et aux céphalosporines de première génération, cette résistance est attribuable à la production de bêta-lactamase codée dans le chromosome

Conclusion : Sphingomonas Pauci Mobilis est un agent infectieux émergent dont sa pathogénicité est bien établie. Sa présence en milieu de réanimation doit nous inciter à trouver une politique de prévention par l'utilisation judicieuse des antibiotiques et la pratique des règles d'hygiène

P 066 LA CHOLÉCYSTITE AIGUE ALITHIASIQUE EN MILIEU DE RÉANIMATION

S.Kharrrat : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
S.Temani : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
A.Kotti : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
S.Bouaziz : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
R.Boubtane : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
K.Chtara : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
M.Bahloul : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
H.Chelly : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
C.Ben Hamida : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
M.Bouaziz : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.

Introduction : La cholécystite de réanimation est une inflammation aiguë de la vésicule biliaire qui survient chez les patients déjà hospitalisés en unité de soins intensifs. Elle nécessite une attention médicale immédiate en raison de son potentiel à entraîner des complications sévères.

Objectif : : Etudier l'épidémiologie, les signes cliniques, les signes paracliniques, la prise en charge et les complications de la cholécystite de réanimation et déterminer les facteurs de risque associés à cette pathologie et les facteurs prédictifs de mortalité.

Méthode : Nous avons mené une étude rétrospective, descriptive et analytique couvrant une période de 4 ans et demi, allant du Janvier 2019 à Juin 2023 au sein du service de réanimation médicale. Nous avons inclus tous les malades qui ont présenté une cholécystite aigue alithiasique confirmée par imagerie abdominale. Nous avons recueilli les données démographiques, cliniques ainsi que les explorations et les interventions thérapeutiques. La détermination des facteurs de risque a été réalisée par l'analyse multivariée par régression logistique en comparant cette population à un groupe contrôle.

Résultat : Nous avons recensé 23 patients qui ont présenté une cholécystite de réanimation. L'âge moyen était de 58 ±11,2 ans avec un sex-ratio à 3,6. La moyenne de Charlson Comorbidity Index a été de 2. Tous les patients ont été sous ventilation mécanique invasive. Le diagnostic de cholécystite de réanimation a été établi à j 12,9±11 en moyenne. Au cours de l'épisode, 15 patients (65,2%) ont présenté de la fièvre. Une douleur abdominale a été notée chez 6 patients (26,1%), une sensibilité abdominale chez 8 patients (34,8%), des vomissements chez un patient (4,3%), des diarrhées chez 2 patients (8,7%), un ballonnement abdominal chez 5 patients (21,7%) et un iléus paralytique chez un

patient. L'échographie abdominale a révélé un sludge chez 14 patients, un aspect feuilleté de la paroi chez 6 patients (60,9%) et un épanchement péri vésiculaire chez 8 patients (34,8%). La médiane de la taille de la paroi de la vésicule biliaire était de 5 mm et le diamètre transversal médian de la vésicule biliaire était de 5 cm. Vingt-deux patients (95,7%) ont bénéficié d'une cholécystectomie et un patient a eu une cholécystostomie. L'épisode a été compliqué de péritonite dans 3 (13%) cas, un état de choc septique et une septicémie dans 9 (39,1%) cas. La mortalité était de 56,5%. Les facteurs de risque de cholécystite dans l'analyse multivariée étaient la gravité à l'admission (un score IGSI >31 et un score APACHEII >14.5), le jeun et l'utilisation des catécholamines. Les facteurs de mauvais pronostic étaient un score SOFA le jour d'opération > 6 (p=0,002) et une taille de la paroi vésiculaire > 4,5 mm (p=0,016).

Conclusion : Le diagnostic de la cholécystite de réanimation doit être établi précocement chez les patients ayant les facteurs de risque qui sont la gravité à l'admission, le jeun et l'utilisation des catécholamines selon notre étude. Un traitement approprié est nécessaire car elle peut rapidement évoluer vers des complications sévères

P 067 BACTÉRIÉMIE A SHEWANELLA PUTREFACIENS : A PROPOS D'UN CAS:

Ben Hammed : Réanimation des brûlés CTGB.
H.Fredj : Réanimation des brûlés CTGB.
H.Chaabouni : Réanimation des brûlés CTGB.
M.Rabhi : Réanimation des brûlés CTGB.
S.Zarrouk : Réanimation des brûlés CTGB.
L.Debbiche : Réanimation des brûlés CTGB.
I.Jami : Réanimation des brûlés CTGB.
Gasri : Réanimation des brûlés CTGB.
A.Mokline : Réanimation des brûlés CTGB.
AA.Messadi : Réanimation des brûlés CTGB.

Introduction : Shewanella putrefaciens est une bactérie gram-négative-anaérobie, pathogène opportuniste humain, isolé habituellement dans les environnements aquatiques. Elle peut être responsable d'infections cutanées et peut même entraîner une bactériémie parfois mortelle. Nous rapportant un cas de bactériémie à S.Putrefaciens.

Cas clinique : Il s'agit d'un patient âgé de 20 ans, sans antécédents pathologiques notables, originaire de Bizerte, pêcheur, victime d'une agression alors qu'il était été entrain de pêcher au bord de la mer. Le refroidissement initial s'est fait avec l'eau de mer. Il a été transféré à J3 post-brûlures. A l'admission, il avait des brûlures étendues surinfectées avec une surface cutanée brûlée estimée à 66% Il a présenté dès l'admission un sepsis à porte d'entrée cutanée retenu devant des critères clinico-biologiques (une fièvre à 40°C, un état local souillé avec un syndrome inflammatoire biologique : GB=18150éléments/mm³, une thrombopénie=116200/mm³ et une procalcitonine=6,39ng/ml). Il a été mis sous antibiothérapie empirique associant l'imipénème, la colymicine et la teicoplanine après enquête bactériologique. A J3PEC, ce sepsis s'est compliqué par un EDC septique avec escalade des doses d'amines arrivant à 2mg/h. Au retour bactériologique, il s'agissait d'une bactériémie à S.Putrefaciens isolée au niveau de 2hémocultures périphériques résistante à l'antibithérapie déjà prescrite (fig1 :Antibiogramme), permettant d'adapter l'antibiothérapie à la Pipéracilline/tazobactam.

L'évolution a été favorable après 72h, le patient a été sevré des amines avec une apyrexie durable, une baisse du SIB et une négativation après 5jours de la procalcitonine.

Conclusion : S.Putrefaciens est une bactérie généralement opportuniste. Mais peut être pathogène, responsable d'infections graves chez les patients immunodéprimés notamment chez les brûlés.

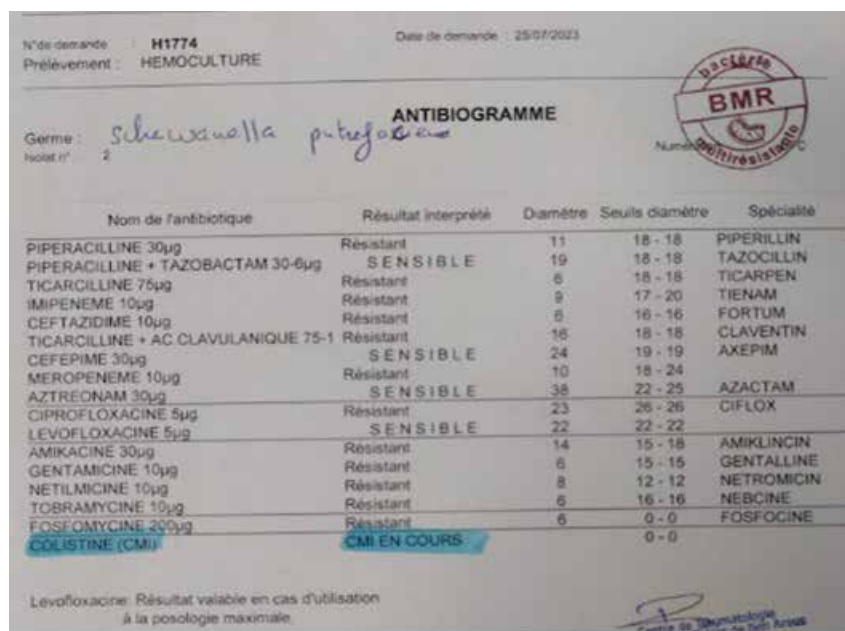


Figure1 : AntibioGramme de la *Schewanella Putrefaciens*

P 068 KYSTE HYDATIQUE DE LOCALISATION ATYPIQUE : À PROPOS D'UN CAS

S.Kharraat : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
A.Hadded : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
M.Sagguem : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
R.Ammar : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
D.Berkhaies : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
K.Chtara : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
M.Bahloul : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
H.Chelly : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
C.Ben Hamida : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
M.Bouaziz : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.

Introduction : Le kyste hydatique est une affection encore endémique en TUNISIE. Il peut toucher tous les organes préférentiellement le foie et le poumon. Nous rapportons un rare cas de kyste hydatique de localisation exceptionnelle.

Cas clinique : Le kyste hydatique est une affection encore endémique en TUNISIE. Il peut toucher tous les organes préférentiellement le foie et le poumon. Nous rapportons un rare cas de kyste hydatique de localisation exceptionnelle. Il s'agit d'une femme de 21 ans issue du milieu rural avec une notion de contact avec les chiens aux antécédents de kyste hydatique du foie opéré et qui a présenté deux mois avant sa consultation des dorsalgies avec irradiation en hémi ceinture vers l'épaule gauche mise sous traitement symptomatique. L'évolution était marquée par l'installation de lourdeurs au niveau des deux membres inférieurs d'aggravation progressive depuis 15 jours l'amenant à consulter. A l'examen : la patiente présentait un syndrome rachidien dorsal. La station debout était impossible. Elle souffrait d'une paraparésie avec un déficit prédominant à droite avec un niveau sensitif à D4 et un syndrome pyramidal avec babinski bilatéral. L'imagerie par résonance magnétique a montré un aspect d'une échinococcose osseuse d'origine hydatique de la vertèbre D3 avec des microvésicules en hypersignal T2 hyposignal T1 sans prise de contraste avec extension endocanalaire centrale étendue en crano-caudal sur 23 mm et compression du cordon médullaire avec des signes de myélopathie débutante et extension paravertébrale médiastinale gauche par un macro-kyste et une épидурite antérieure réactionnelle en regard (figure1). La patiente a eu une corporectomie avec ostéosynthèse T2 et T3 par thoracotomie latérale. En postopératoire, la malade gardait une paraparésie avec une sensibilité conservée aux deux membres.

Conclusion : En pays endémique, une origine hydatique doit être toujours évoquée devant des opacités kystiques dont l'étiologie n'est pas précisée. L'hydatidose osseuse demeure une localisation rare de diagnostic souvent tardif du fait de son évolution insidieuse.

P 069 CYSTITE EMPHYSEMATEUSE AVEC LOCALISATIONS SEPTIQUES MULTIPLES : A PROPOS D'UN CAS

N. Ezzine : Urgences-réanimation habib thameur.
Y. Garbaa : Urgences-réanimation habib thameur.
I. Sedghiani : Urgences-réanimation habib thameur.
W. Brahmi : Urgences-réanimation habib thameur.
N. Zarouene : Urgences-réanimation habib thameur.
I. Zaghdoudi : Urgences-réanimation habib thameur.
Y. Benzarti : Urgences-réanimation habib thameur.
C. Chamakhi : Urgences-réanimation habib thameur.
S. Ben Rhouma : Chirurgie générale habib thameur.
N. Borsali-Falfoul : Urgences-réanimation habib thameur.

Introduction : La cystite emphysemateuse est une infection rare et grave, survenant surtout chez les diabétiques. Nous rapportons un cas de cystite emphysemateuse avec localisations septiques multiples.

Cas clinique : Il s'agissait d'une patiente de 60 ans diabétique type 2, consultant pour asthénie et douleurs lombaires droites dans un contexte d'apyrexie, avec notion de prise d'anti inflammatoires non stéroïdiens. A l'examen initial : apyrétique, consciente, polypnéique à 30 cpm, SpO₂=85% à l'air ambiant, PA= 147/80 mm Hg, FC=80bpm, sensibilité abdominale diffuse. A la biologie : Glycémie=16 mmol/L, syndrome inflammatoire biologique(leucocytes=27000/mm³, CRP=299 mg/L), insuffisance rénale aigue (créatinine= 296 µmol/L, urée=35 mmol/L), acidose métabolique à trou anionique élevé (pH=7,30, bicarbonates= 10 mmol/L, lactates= 3,2 mmol/L). A la TDM abdomino-pelvienne, une cystite emphysemateuse avec des bulles de gaz intra et inter-musculaires de la ceinture pelvienne et des cuisses et une fasciite nécrosante associée, extension intra et péri-articulaire au niveau de la sacro-iliaque droite avec des signes d'ostéite nécrosante. A la microbiologie, une hémoculture positive à Escherichia coli. Le diagnostic de cystite emphysemateuse à E. coli bactériémiant avec localisations ostéoarticulaires et fasciite nécrosante a été retenu. L'évolution était favorable sous ceftriaxone, lévofloxacine, métronidazole, gentamicine et oxygénothérapie hyperbare avec sevrage de l'oxygène, diminution du SIB et à la TDM de contrôle une régression quasi-totale des bulles d'air au niveau des cavités excrétrices supérieures et en intra-vésical.

Conclusion : Cette observation illustre les particularités cliniques de la cystite emphysemateuse et la place de l'oxygénothérapie hyperbare de telles infections graves.

P 070 OXYGENOTHERAPIE HYPERBARE DANS LA PRISE EN CHARGE D'UN ABCES RETROPERITONEAL

I. Sdiri : Urgences-réanimation habib thameur.
I. Sedghiani : Urgences-réanimation habib thameur.
Y. Garbaa : Urgences-réanimation habib thameur.
W. Brahmi : Urgences-réanimation habib thameur.
D. Hraimi : Urgences-réanimation habib thameur.
A. Chamsi : Urgences-réanimation habib thameur.
A. Alouini : Urgences-réanimation habib thameur.
N. Borsali-Falfoul : Urgences-réanimation habib thameur.

Introduction : L'oxygénothérapie hyperbare (OHB) est un traitement indiqué dans les infections sévères vu son effet antimicrobien. Nous rapportons l'intérêt de l'OHB dans la prise en charge d'un abcès rétro-péritonéal.

Cas clinique : Il s'agissait d'un patient de 79 ans, diabétique, hypertendu consultant pour vomissements et trouble de transit dans un contexte d'apyrexie. A l'examen initial: apyrétique, conscient, polypnéique à 26 cycles /min, SpO₂=90% à l'air ambiant, PA= 130/70 mm Hg, FC=100bpm, masse rénitente faisant 12cm de grand axe en regard de la fosse lombaire gauche. A la biologie : Glycémie=10 mmol/L, syndrome inflammatoire biologique (SIB) (leucocytes=20000/mm³, CRP=268 mg/L), fonction rénale correcte (créatinine= 76 µmol/L, urée=8 mmol/L), alcalose métabolique (pH=7,51, bicarbonates= 30 mmol/L, lactates= 3,6 mmol/L). A l'angioscanner abdominal : une collection hydro-aérique rétro-péritonéale gauche étendue à la paroi abdominale postérieure, à contenu hétérogène, refoulant le rein homolatéral et le colon gauche de 112*105*160 mm. A la microbiologie, un ECBU négatif et des hémocultures négatives. Le diagnostic d'abcès rétro-péritonéal a été retenu indiquant un drainage scannoguidé ramenant un liquide purulent, à Klebsiella pneumoniae pénicillinase. Il a été initialement mis sous Imipénème, gentamycine et métronidazole avec désescalade secondaire à Cotrimoxazole et Métronidazole sur les données de l'antibiogramme. L'évolution clinique, biologique et radiologique a été favorable sous antibiothérapie et dix séances d'oxygénothérapie hyperbare.

Conclusion : L'OHB constitue une option thérapeutique dans la prise en charge abcès profonds. Son indication précoce pourrait accélérer l'obtention de bons résultats.

P 071 UN CAS DE MUCORMYCOSE CUTANÉE APRÈS UN TRAUMATISME À POINT D'IMPACT FRONTAL

Seif mbarek : Service d'anesthésie -réanimation Hôpital La Rabta.

Mosbahi boutheina : Service d'anesthésie Hôpital La Rabta.

Yosri messaoudi : Service d'anesthésie Hôpital La Rabta.

Slim bouaziz : Service d'anesthésie Hôpital La Rabta.

Adel ammous : Service d'anesthésie Hôpital La Rabta.

Introduction : Traumatic injuries can be rarely complicated by invasive fungal infections. This rare but serious complication is characterized by fungal angio-invasion, vessel thrombosis and tissue necrosis. Patients with post-traumatic IFI have poor outcomes.

Treatment of mucormycosis is multimodal and based essentially on surgical debridement, use of antifungal drugs (amphotericin B and posaconazole).

Cas clinique : We here present a 60 years old woman with a fatal cutaneous mucormycosis after head trauma. A cerebral CT scan was performed showing ethmoidal sinusitis with meningeal breach, subperiosteal abscess of the frontal bone. A rapid evolution to a neurological and hemodynamic distress required an oro-tracheal intubation and an intensive care unit admission. Despite the absence of maxillary sinusitis, mucormycosis was suspected, and skin biopsy was performed, confirming the diagnosis after identification of ramified, non-septate mycelian filaments. The isolate was identified after her death as *Rhizopus arrhizus* resistant to amphotericin B.

Conclusion : This case illustrates the need for a high index of suspicion for skin lesions in immunocompromised patients, as this may be the first sign of mucormycosis. Physicians should avoid prescribing steroids in cutaneous infections that facilitate dissemination of fungi.

Pièce jointe :

Pièce jointe :

P 072 SYNDROME D'ACTIVATION MACROPHAGIQUE DE L'ADULTE EN RÉANIMATION POLYVALENTE: ÉTUDE ÉPIDÉMIO-CLINIQUE ET ÉTIOLOGIQUE

Ines MASMOUDI : A/R HMPIT.

Sana BOUGHARIOU : A/R HMPIT.

Khadija BAHRINI : A/R HMPIT.

Aicha REBAI : A/R HMPIT.

Walid SAMOUD : A/R HMPIT.

Sonia BEN ALI : A/R HMPIT.

Sawsen BOUZID : Service d'hématobiologie HMPIT.

Hela GHEDIRA : Service d'hématoclinique HMPIT.

Mohamed ZAKRAOUI : A/R HMPIT.

Walid SELLAMI : A/R HMPIT.

Hedi GHARSALLAH : A/R HMPIT.

Iheb LABBENE : A/R HMPIT.

Mustapha FERJANI : A/R HMPIT.

Introduction : Le syndrome d'activation macrophagique (SAM) est une pathologie rare, grave et souvent fatale. Reconnaître ce syndrome est un enjeu majeur, notamment en réanimation. Il peut être primaire ou secondaire à diverses affections, son pronostic reste encore sombre.

Objectif : Étant donné que le SAM est une pathologie d'origine mal connue, nous avons proposé d'étudier l'implication du facteur infectieux, ainsi que le profil épidémiologique, clinico-biologique chez les patients de réanimation.

Méthode : Il s'agit d'une étude de cohorte rétrospective colligeant tous les cas de SAM suspectés des patients admis en réanimation de l'HMPIT entre janvier 2017 et Aout 2023. Le bilan biologique, la ponction sternale et l'enquête étiologique (hémoculture, prélèvement respiratoire, ECBU, ponction lombaire si suspicion de méningite, ponction scannoguidée si collection abcédée profonde) ont été faits chez tous les patients. Durant notre étude, nous avons identifié deux groupes selon H-Score : Groupe SAM confirmé (GSAM+) H-Score >169 : n=37 Groupe SAM non confirmé (GSAM-) H-score ≤ 169 : n=39

Résultat : Notre étude a inclus 76 patients, le SAM a été confirmé chez 37 patients (48%) et infirmé chez 39 patients (51.3%). L'âge des patients était compris entre 18 et 86 ans avec un âge moyen de 52 ans dans le GSAM+ et 53,6 dans le GSAM-. Les ATCDS suivants ont été relevés : syndrome métabolique, maladies auto-immunes, une néoplasie/ chimiothérapie mais aucune différence significative n'a été détectée. Concernant les motifs d'admission, l'EDC cardiogénique et la détresse respiratoire ont significativement élevé chez le GSAM+ par rapport au GSAM- (respectivement $p=0.01, p=0.006$). Pour les paramètres biologiques, nous avons noté une différence significative pour la ferritinémie 2000-6000ng/ml (13 GSAM+ (37%) et 2 dans GSAM- (5.1%); $p=0.001$); le taux de triglycéride $>4\text{mmol/l}$ (11 patients dans GSAM+ (27.7%) versus 4 dans GSAM- (10.2%); $p=0.04$) et l'ASAT $\geq 30\text{U/l}$ (31 cas (83.7%) dans GSAM+ versus 21 (53.8%); $p=0.006$). Aucune différence significative concernant les autres marqueurs biologiques du H score a été révélée. Concernant l'origine du sepsis on a retrouvé une infection virale chez 9 patients dans le GSAM+ versus 11 dans le GSAM- ($p=0.32$), une infection bactérienne chez 38 patients dans GSAM+ versus 30 dans le GSAM- ($p=0.83$), une infection parasitaire chez 8 patients dans le GSAM+ versus 4 dans le GSAM- ($p=0.53$). La présence d'une co-infection a été retrouvée chez 13 patients du GSAM+ versus 9 dans le GSAM- ($p=0.28$). D'une manière intéressante, le germe "Providencia stuartii" est prédominant chez le GSAM+ par rapport au GSAM- ($p=0.034$)

Conclusion : Le SAM est une complication redoutable grevée d'une mortalité élevée en réanimation. Il est important de connaître les éléments qui permettent d'orienter vers le diagnostic du SAM. Parmi les agents infectieux on peut dire que Providencia Stuartii pourrait être un facteur de risque de développer le SAM. Nos résultats rétrospectifs monocentriques nécessiteraient d'être confirmés par d'autres études prospectives multicentriques à large cohorte.

P 073 MULTIPLEX PCR SCREENING IN PATIENTS ADMITTED IN INTENSIVE CARE DURING COVID-19 PANDEMIC

M.Lahmar : Réanimation Médicale CHU Fattouma bourguiba MONASTIR.
H.Ben Ahmed : Réanimation Médicale CHU Fattouma bourguiba MONASTIR.
I.Maataouk : Réanimation Médicale CHU Fattouma bourguiba MONASTIR.
W.Nouira : Réanimation Médicale CHU Fattouma bourguiba MONASTIR.
A.Dardour : Réanimation Médicale CHU Fattouma bourguiba MONASTIR.
A.Ben Messaoud : Réanimation Médicale CHU Fattouma bourguiba MONASTIR.
S.Ben Abdallah : Réanimation Médicale CHU Fattouma bourguiba MONASTIR.
Z.Hammouda : Réanimation Médicale CHU Fattouma bourguiba MONASTIR.
F. Dachraoui : Réanimation Médicale CHU Fattouma bourguiba MONASTIR.
L.Ouanes Besbes : Réanimation Médicale CHU Fattouma bourguiba MONASTIR.

Introduction : clinical presentation during respiratory infection with SARS-Cov-2 is similar to infection with other respiratory pathogens; however, the management and prognosis are different. The search for these agents has been reduced during the covid pandemic but does not prevent their co-existence with SARS COV2

Objectif : identify the bacteria and viruses responsible for respiratory infections using the multiplex PCR diagnostic test and characterize clinical profiles during the COVID-19 pandemic.

Méthode : an observational study was performed between January 2020 and September 2022, in the Intensive Care Unit (Monastir, Tunisia), including patients admitted with hypoxemic respiratory failure. Respiratory samples were analyzed using qualitative multiplex PCR technique (RespiFinder). Diagnosis of Covid-19 infection was based on COVID PCR-test or chest CT scan.

Résultat : During the study period, 352 COVID-19 patients with hypoxemic respiratory failure were admitted to our ICU. PCR multiplex was made in 60 patients given the unavailability of this technique during the COVID-19 pandemic. The median age was 50 years [IQR: 41-70]. Multiplex PCR was positive in 45% of cases. 86% of patients were receiving antibiotic treatment, when the PCR panel was performed. The diagnosis of SARS-Cov2 infection was observed in 28,3% of cases, 23,5% of them were coinfections (4 cases). All germs identified were viruses and no bacterial infection was detected in our study: 14 cases of Influenza A (H1N1), 3 cases of VRS B, 3 cases of coronavirus 229E, 1 case of coronavirus HKU1, 3 cases of coinfection Rhinovirus/Enterovirus, 1 case of coinfection coronavirus NL63/ HKU1, 1 case of coinfection coronavirus 229E/VRS B and 1 case of coinfection Influenza B/Adenovirus

Conclusion : Pathogenic microorganisms with respiratory tropism still exist during the COVID-19 pandemic and may be responsible for severe respiratory infections. Their research must be performed simultaneously with the SARS-Cov-2 diagnostic test to adapt the therapeutic management of patients

P 074 PNEUMOPATHIES AIGUES COMMUNAUTAIRES : FACTEURS ASSOCIÉS À L'ADMISSION EN RÉANIMATION

Hager Touj : Urgences-réanimation hôpital Habib Thameur.

Smiri Ahmed : Urgences-réanimation hôpital Habib Thameur.

Bousnina Feryel : Urgences-réanimation hôpital Habib Thameur.

Hraimi Dorsa : Urgences-réanimation hôpital Habib Thameur.

Kharroubi Mohamed Aziz : Urgences-réanimation hôpital Habib Thameur.

Belgacem Ines : Urgences-réanimation hôpital Habib Thameur.

Sedghiani ines : Urgences-réanimation hôpital Habib Thameur.

Borsali Nebiha : Urgences-réanimation hôpital Habib Thameur.

Introduction : Les pneumopathies aiguës communautaires représentent la pathologie infectieuse la plus fréquente au monde. Il s'agit d'une maladie potentiellement grave. Le taux d'hospitalisation peut atteindre 30%. Malgré l'antibiothérapie et la prise en charge en milieu de réanimation, la mortalité reste élevée.

Objectif : Identifier les facteurs associés à l'admission en réanimation des patients hospitalisés aux urgences pour pneumopathie aigüe communautaire.

Méthode : Etude descriptive observationnelle rétrospective étalée sur 5 mois (septembre 2022- janvier 2023) incluant les patients admis aux urgences pour pneumopathie aigüe communautaire (PAC). Analyse statistique des données épidémiocliniques et pronostiques recueillies sur une fiche établie pour cette étude.

Résultat : Nous avons inclus 93 patients admis au service des urgences pour PAC. La moyenne d'âge était à 65 ± 15 ans et le genre ratio de 2,1. Les comorbidités observées étaient (%) : le diabète (35,5), l'hypertension artérielle (35), la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) (25,8) et l'insuffisance cardiaque (16). Dix-sept patients (18,3%) ont été transférés en milieu de réanimation. L'analyse univariée a montré que les facteurs liés au transfert en réanimation étaient : l'altération de l'état de conscience avec un score de Glasgow inférieur à 13 ($p=0,004$), le recours à la ventilation non invasive en mode VS-AI-PEP ($p=0,008$), l'oxygénothérapie à haut débit ($p=0,001$) et un score SOFA initial ≥ 2 ($p=0,01$). Parmi les marqueurs biologiques, nous avons retrouvé l'hypernatrémie ($p=0,034$), l'acidose métabolique ($p=0,012$), une procalcitonine positive ($p=0,016$) et la présence d'une anémie ($p=0,001$). La mortalité en réanimation était de 53%.

Conclusion : La PAC demeure grevée d'une lourde morbi-mortalité. La connaissance des facteurs prédictifs de transfert en réanimation permet un meilleur triage des patients et une admission précoce en réanimation pour améliorer le pronostic de ces patients.

Theme : Neurologie

P 075 DIFFÉRENTES ÉTIOLOGIES DES CONVULSIONS CHEZ LES PATIENTS ADMIS AUX URGENCES

D.Hosni : Services des Urgences Hopital Charles Nicolle.
S.Khabouchi : Services des Urgences Hopital Charles Nicolle.
S.Ouerghi : Services des Urgences Hopital Charles Nicolle.
S.Othmani : Services des Urgences Hopital Charles Nicolle.
A.Zoubli : Services des Urgences Hopital Charles Nicolle.
S.Jouini : Services des Urgences Hopital Charles Nicolle.

Introduction : Une crise convulsive est un signe de détresse cérébrale aiguë. Par conséquent, l'urgentiste doit réaliser une anamnèse minutieuse et réaliser un examen clinique détaillé afin d'orienter son investigation étiologique et d'initier un traitement adapté.

Objectif : Décrire les différentes étiologies des crises convulsives chez les patients hospitalisés aux urgences afin d'optimiser la prise en charge thérapeutique

Méthode : Il s'agit d'une étude prospective monocentrique descriptive menée sur une période de deux ans aux urgences. Critères d'intégration : les deux sexes, âgés de plus de 15 ans, admis pour convulsions. Critères d'exclusion : femmes enceintes.

Résultat : 152 patients ont été collectés ; avec un genre ratio de 2,8 L'âge moyen était de 51,6+/-18,2 ans. Les crises convulsives étaient classées entre : épilepsie connue (33,6 %) et épilepsie inaugurale (66,4 %). Concernant le traitement antérieur contre l'épilepsie, les médicaments prescrits étaient : Dépakine (14,5%), Gardenal (7,9%), Tegretol (5,3%), Levet (6,6%). Les principales étiologies de l'épilepsie étaient : accident vasculaire cérébral (15,8 %), une mauvaise observance (14,5 %), un changement récent de traitement (13,2 %), sous-dosage thérapeutique (5,9 %), traumatisme crânien (5,9 %), sepsis (4,6 %), tumeur cérébrale (8,6 %), méningo-encéphalite (3,3 %), hémorragie cérébrale (3,3 %), thrombose veineuse cérébrale (2 %), hypocalcémie (4,6 %), hypoglycémie (2 %), intoxication médicamenteuse (1,3 %), hyponatrémie (1,3 %), hydrocéphalie (0,7 %), syndrome PRESS (0,7 %), alcoolisme (0,7 %), ou idiopathique dans 0,7 % des cas. Un bilan radiologique a été réalisé (100 %), comprenant une IRM cérébrale (12,5 %), une tomodensitométrie cérébrale (84,9 %), un bilan de toxicité (11,8 %) et le dosage des médicaments antiépileptiques (3,9 %).

Conclusion : Les causes de l'épilepsie sont diverses, et l'anamnèse et l'examen clinique restent les principales étapes de l'orientation étiologique face à cette diversité.

P 076 PARTICULARITES DE L'ETAT DE MAL EPILEPTIQUE CHEZ LES PATIENTS HOSPITALISES EN REANIMATION

I.Trabelsi : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa bizerte.
H.Ben Hassine : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa bizerte.
J.Guissouma : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa bizerte.
FZ.Gamara : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa bizerte.
H.Allouche : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa bizerte.
H.Benali : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa bizerte.
H.Brahmi : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa bizerte.
M.Samet : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa bizerte.
H.Ghadhoune : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa bizerte.

Introduction : L'état de mal épileptique (EME) est une urgence diagnostique et thérapeutique. L'EME tonico-clonique généralisé (TCG) est l'expression la plus connue nécessitant souvent la prise en charge en réanimation.

Objectif : Le but de notre étude était de décrire le profil épidémiologique, clinique et thérapeutique des patients admis pour EME en réanimation.

Méthode : Il s'agissait d'une étude monocentrique, descriptive, rétrospective étalée sur une période de 6 ans, incluant les patients hospitalisés en unité de réanimation médicale et présentant un état de mal épileptique à l'admission.

Résultat : Nous avons inclus 69 patients dont 18 (27%) étaient des épileptiques connus et sous traitement. L'âge moyen était de 44,5 ±22 ans avec un genre-ratio à 1,6. Les principaux antécédents trouvés, après l'épilepsie, étaient le diabète (21%) suivie par l'hypertension artérielle (11%) et les accidents vasculaires cérébraux (AVC) (6%). Le Status Epilepticus Severity Score (STESS) était à 2,4±0,6 avec un score ≥3 dans 32 cas (46%). Un électroencéphalogramme standard était réalisé dans les 48h dans 8,7% des cas. Le traitement spécifique était conduit par une benzodiazépine

puis par le phénobarbital dans 40% des cas et par l'acide valproïque dans 60% des cas. L'anesthésie générale et la ventilation invasive étaient impérative devant un EME réfractaire, chez 54 patients (78%).

Plus de la moitié des patients (37 soit 55%) n'ont pas récidivé de crise épileptique dans les 72h d'un traitement optimal par une dose de charge relayée d'une dose d'entretien. Les étiologies retenues étaient dominées par les AVC (14%) suivis par les infections neuroméningées (11%) et les causes métaboliques (6%). Chez les patients épileptiques connus, l'EME était rattaché à une malobservance thérapeutique chez 10 patients, une infection intercurrente chez trois patients et dans cinq cas la cause n'a pu être élucidée. Le taux de mortalité était de l'ordre de 21%. Nous avons identifié une corrélation statistiquement significative entre le STESS et la mortalité intrahospitalière ($p=0,011$). Toutefois, aucune association entre ce score avec la récurrence des crises dans les 72 heures ($p=0,926$) n'a été objectivée.

Conclusion : L'EME de novo est la forme prépondérante en réanimation nécessitant fréquemment le recours au coma thérapeutique. Le STESS trouve sa place dans l'évaluation de l'EME et la prédiction de la mortalité. Ces données nécessitent d'être validées par d'autres études.

P 077 SEIZURE REVEALING A DANDY WALKER MALFORMATION IN ADULT PATIENT: A CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

A. Yaacoub : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia..
S. Bel Haj Youssef : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia..
D. Ben Braiek : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia..
Y. Ben Ali : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia..
S. Ben Mansour : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia..
H. Sfar : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia..
A. Kacem : Pulmonology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia..
R. Ben Jazia : Pulmonology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia..
J. Ayachi : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia..

Introduction : Dandy–Walker syndrome (DWS) is a congenital brain malformation that is uncommon and usually seen in pediatric patients, with a rare adult presentation. We present a case of DWS in adult patient with insufficient intelligence development revealed by seizure.

Cas clinique : A 22-year-old female patient, with a poor socioeconomic status, out of school since several years, diagnosed since the age of eight with chronic renal failure, currently on hemodialysis. The patient was presented to the emergency department with complaints of multiple episodes of hematemesis. She was tachycardic with blood pressure at 80/40 mmHg. SpO₂ was at 98% at room air and GCS was at 15/15. The laboratory test results were as follows: hemoglobin: 3.3g/dL; creatinine: 856μmol/L; urea: 49 mmol/L; potassium: 2.8 mmol/L; sodium: 143mmol/L. ABG: pH: 7.00; HCO₃⁻ : 3 mmol/L. Patient was admitted to the ICU, stabilized hemodynamically by 2mg/h of Norepinephrin, vascular filling, alkalinization and renal replacement therapy with transfusion of three RBC. The diagnosis of hemorrhagic shock secondary to digestive hemorrhage was made. An oeso-gastro-duodenal fibroscopy revealed a bleeding ulceration in the lower esophagus. At day two of ICU stay, the patient suddenly presented two generalized tonic-clonic seizures, the first one resolved spontaneously and the second one required clonazepam with a return to baseline neurological status. She was hemodynamically stable. Blood glucose, ionogram, ABG, inflammatory markers, electrolytes and phosphocalcic balance, came back with no abnormalities. Cerebral CT scan were related to a dandy-walker malformation: hypoplasia of the vermis and cephalic rotation of the vermian residue, associated with widening of the posterior fossa and cystic dilatation of the V4, responsible for ascension of the cerebellar tentula. The patient was discharged on anticonvulsant treatment with subsequent management in a neurosurgical setting.

Conclusion : We report a case of Dandy-Walker syndrome in an adult patient with seizures as the main symptom. Although rare, Dandy-Walker syndrome should be suspected if patient with high probability of mental retardation present seizures.

P 078 WEST NILE VIRUS INFECTION COMPLICATED BY STATUS EPILEPTICUS : ABOUT A CASE

Melek Chroufa : Réanimation Médicale Hopital Habib Thameur de Tunis.
AMENNE ALOUINI : Réanimation Médicale Hopital Habib Thameur de Tunis.
Wala Brahmi : Réanimation Médicale Hopital Habib Thameur de Tunis.
Hager Touj : Réanimation Médicale Hopital Habib Thameur de Tunis.
Nadia Zarouene : Réanimation Médicale Hopital Habib Thameur de Tunis.
Imen Zaghdoudi : Réanimation Médicale Hopital Habib Thameur de Tunis.
Ines Sedghiani : Réanimation Médicale Hopital Habib Thameur de Tunis.
Nebiha Borsali Falfoul : Réanimation Médicale Hopital Habib Thameur de Tunis.

Introduction : West Nile virus (WNV) is a neurotropic virus known for its potential to cause neurological complications in infected patients. One rare but severe neurological manifestation of WNV infection is epileptic seizures. We present a case of a patient with WNV infection who developed a status epilepticus.

Cas clinique : A 14-year-old tunisian male presented to the emergency department with a 5-day history of fever, headache, and asthenia. Neurological examination revealed neck stiffness and cervical adenopathy. He secondary presented a status epilepticus that led to his intubation. Lumbar puncture demonstrated an elevated white blood cell count and increased protein levels in cerebrospinal fluid (CSF). Electroencephalography (EEG) showed poorly structured tracing with generalized spike waves and poly-spike waves with slow, monomorphic delta activity and wide slow k complex, in association with severe infectious encephalopathy. Antiepileptic medication, including sodium valproate, was initiated, resulting in seizure control. A brain MRI was fulfilled showing asymmetric bilateral supratentorial temporofrontal and insular white matter signal anomaly suggesting herpetic encephalitis. The patient was treated with aciclovir. However, a PCR panel of WNV on CSF was performed showing the presence of WNV-specific IgM antibodies. The patient was extubated on day four of management with a clinical and biological improvement. He was discharged from the hospital at day 16.

Conclusion : This case illustrates a favorable evolution under symptomatic treatment of status epilepticus. Timely diagnosis, appropriate antiepileptic therapy, and close neurological monitoring are essential for managing this entity.

P 079 LES MITOCHONDROPATHIES ET L'HETEROTOPIE LAMINAIRE : DEUX CAUSES RARES D'ETAT DE MAL EPILEPTIQUE

S.Jerbi : Réanimation Polyvalente Hbib Bourguiba Sfax.
N.Baccouch : Réanimation Polyvalente Hbib Bourguiba Sfax.
A.Dammak : Réanimation Polyvalente Hbib Bourguiba Sfax.
F.Houri : Réanimation Polyvalente Hbib Bourguiba Sfax.
D.Berkhaies : Réanimation Polyvalente Hbib Bourguiba Sfax.
M.Bahloul : Réanimation Polyvalente Hbib Bourguiba Sfax.
H.Chelli : Réanimation Polyvalente Hbib Bourguiba Sfax.
C.BenHamida : Réanimation Polyvalente Hbib Bourguiba Sfax.
M.Bouaziz : Réanimation Polyvalente Hbib Bourguiba Sfax.

Introduction : L'épilepsie, une maladie neurologique complexe, demeure un sujet de recherche notamment en termes d'étiologie. Nous rapportons deux cas cliniques qui illustrent 2 causes rares d'épilepsie.

Cas clinique : Le premier cas s'agit d'une patiente âgée de 18 ans aux antécédents de myopathie familiale non suivie, admise pour état de mal épileptique avec des convulsions à type de myoclonies persistantes. Un complément d'IRM avec spectroscopie a montré des anomalies de signal diffuses avec un pic de lipide et un léger pic de lactate en faveur d'une mitochondriopathie selon le contexte. Le deuxième cas concerne une patiente âgée de 17 ans porteuse d'une hétérotopie laminaire, une anomalie du développement cérébral entraînant la migration anormale des agrégats de neurones sous la cortex qui peut également être à l'origine de crises d'épilepsie.

Conclusion : Ces cas illustrent le caractère hétérogène des étiologies de l'épilepsie et soulignent l'importance d'une approche personnalisée dans la prise en charge des patients.

P 080 PREGABALIN AS ADJUNCTIVE THERAPY FOR DRUG-RESISTANT EPILEPSY : CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW.

Chihaoui Abir : Réanimation médicale Hopital Sahloul.
Rafla ben Dabebiss : Réanimation médicale Hopital Sahloul.
Aloui Nada : Réanimation médicale hopital Sahloul.
Mallek Abdelkader : Réanimation médicale Hopital Sahloul.
Bannour Amine : Réanimation médicale Hopital Sahloul.
Chouchene salma : Réanimation médicale Hopital Sahloul.
Zouari hajer : Réanimation médicale Hopital Sahloul.
Hmmouda Housseem : Réanimation médicale Hopital Sahloul.

Introduction : Patients with drug resistant epilepsy may develop refractory status epilepticus. A major concern is raised regarding tolerance, interactions and safety in patients receiving multiple anti-epileptics. We report a case of refractory status epilepticus, treated successfully with pregabalin as adjunctive therapy.

Cas clinique : A 23-year-old patient with a past medical history of post-traumatic partial complex epilepsy since the age of 9 years. It was qualified as a drug resistant epilepsy despite the combination of multiple antiepileptic drugs. He was initially treated with Valproate and Clobazam switched to Levetiracetam and -Carbamazepine, but with persistent partial seizures and occasional secondary generalization and loss of consciousness. He was admitted to our ICU because of status epilepticus requiring invasive ventilation, and sedation with midazolam. Usual treatment including Levetiracetam (1g, three times a day), and Carbamazepine (800mg, twice a day) was continued. Carbamazepine level was within therapeutic range. There were no metabolic abnormalities. Brain CT scan did not show any new abnormalities other than those related to the head injury in childhood. Withdrawal of midazolam resulted in recurrent seizures which required resumption of sedation. In front of refractory status epilepticus despite optimal dosage of antiepileptic drugs, Pregabalin was added at a small dosage (75mg, twice daily) as adjunctive therapy. This combination led to a favourable outcome with complete resolution of seizures, and the patient was successfully weaned from mechanical ventilation within one week.

Conclusion : Adjunctive therapy with pregabalin 75 mg twice-daily given with usual anti-epileptic treatment was effective in controlling seizures. Pregabalin is a safe option that should be tried for patients with refractory partial seizures as suggested by multiple studies.

P 081 STATUS EPILEPTICUS REVEALING A FAHR'S SYNDROME IN CRITICALLY ILL FEMALE PATIENT: A CASE REPORT

Yosri Ben Ali : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
Azer Yaacoub : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
Khalil Attia : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
Dhouha Ben Braiek : Medical Intensive Care Unit Medical Intensive Care Unit.
Sourour Bel Haj Youssef : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
Hend Zorgati : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
Ameni Kacem : Pulmonology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
Rahma Ben Jazia : Pulmonology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
Jihen Ayachi : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

Introduction : Fahr's syndrome is a rare neurological disorder characterized by abnormal calcified deposits in the basal ganglia. Diagnostic criteria include bilateral calcification of the basal ganglia on neuroimaging, progressive neurologic dysfunction, and a family history consistent with autosomal dominant inheritance.

Cas clinique : A 19-year-old female, from a consanguineous marriage, with a family history of epilepsy, known as epileptic since the age of 5 years old, was presented to our hospital for status epilepticus. Upon examination, the patient was comatose (GCS at 3/15), blood pressure was at 90/70mmHg with a pulse rate of 90 beats per minute, respiratory rate was 26 breaths per minute, and body temperature was 38.5°C. The patient was managed with invasive mechanical ventilation, analgo-sedation, intravenous valproic acid, antibiotics (cefotaxime-metronidazole), and preventive anticoagulation. The lumbar puncture exam was negative. A Cerebral CT showed extensive bilateral cerebral calcifications in the sub-tentorial, supra-tentorial, and basal ganglia. A cerebral MRI eliminated other neurovascular causes. Phospho-calcic markers were normal (calcium=2,39 mmol/L; phosphorus=1,257 mmol/L, parathormone hormone=14 pg/ml). During the ICU stay, there was a recurrence of seizures despite normal levels of blood Dépakine* concentration which motivated the addition of Levetiracetam (500 mg) twice daily to obtain the complete disappearance of seizures. The sedation was stopped without signs of a normal consciousness state and revealed a spastic rigidity with a positive Babinski sign, most probably related to Fahr's syndrome, with good evolution under Baclofen. A tracheostomy was performed on day 14 of admission. Weaning from mechanical ventilation with

T-tube peace was successfully obtained. Decannulation was not possible due to a persistent altered consciousness state. The patient was discharged on day 20 after educating the family about tracheostomy management, and enteral nutrition via the nasogastric tube.

Conclusion : Although rare, Fahr's syndrome should be suspected in patients with seizures or loss of consciousness when symmetrical calcification of basal ganglia is visible in brain CT scan, even without hypoparathyroidism. Family screening may identify family members early in the disease course.

P 082 ETAT DE MAL EPILEPTIQUE EN UNITE SOINS INTENSIFS :PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE ET CLINICO-ELECTRIQUE ET ANALYSE PRONOSTIC ETUDE RETROSPECTIVE DE 4 ANS (2020-2023)

A.Ben Khalifa : Réanimation médicale Habib Bourguiba sfax.

O.Turki : Réanimation médicale Habib Bourguiba sfax.

A.Smaoui : Réanimation médicale Habib Bourguiba sfax.

N.Baccouch : Réanimation médicale Habib Bourguiba sfax.

M.Bahloul : Réanimation médicale Habib Bourguiba sfax.

H.Chelly : Réanimation médicale Habib Bourguiba sfax.

C.Ben Hamida : Réanimation médicale Habib Bourguiba sfax.

M.Bouaziz : Réanimation médicale Habib Bourguiba sfax.

Introduction : L'état de mal épileptique (EME) une urgence médicale associée à une morbi-mortalité significative, et dont la prise en charge doit être codifiée et immédiate

Objectif : Ce travail a pour objectif de préciser les caractéristiques épidémiologiques, étiologiques, clinico-électriques et la prise en charge des états de mal épileptique en unité de soins intensifs et de dégager les facteurs de mauvais pronostic.

Méthode : C'est une étude rétrospective conduite à partir des dossiers de patients admis pour prise en charge d'un état de mal épileptique au sein du service de réanimation du janvier 2020 au aout 2023.

Résultat : En 42 mois, 35 cas d'état de mal épileptique ont été colligés. L'âge moyen de notre population a été de $45,2 \pm 17,4$ ans avec un sex ratio à 1.9. Les antécédents d'épilepsie ont été notés chez 57.4% des cas. Les antécédents d'hypertension artérielle (HTA) et de diabète ont été trouvés chez 17.1% des patients. Trois patients ont présenté dans leurs antécédents un traumatisme crânien grave et l'antécédent d'accident vasculaire cérébral n'a été retrouvé chez aucun patient. Pour la présentation clinique de l'EME, 9 patients ont présente cette urgence dans un contexte fébrile et le score de Glasgow moyen était à 8.23 points. La forme clinique la plus fréquemment retrouvée a été une crise tonico-clonique généralisée chez 85.7% des patients. Le nombre de crise moyen a été de 2.3 ± 1.2 crises avec une durée moyenne de 7.5mn. L'étiologie plus fréquemment retrouvée a été l'infectieuse neuromeningée (9 patients) et la mal observance thérapeutique pour les patients connus épileptiques (7 patients). Tous les malades ont bénéficiés d'une TDM cérébrale à l'admission, elle a été normale dans 54.3% des cas. Neuf patients ont bénéficié d'un électroencéphalogramme lors de leurs hospitalisations en milieu de réanimation. Quatre vingt pourcent des malades ont été assistés sur le plan ventilatoire avec une durée médiane de ventilation mécanique de 7.8 jours et 6 patients ont été trachéotomisés. Le valproate de sodum et le lévétiracétam ont été les traitements le plus fréquemment utilisés. La durée médiane d'hospitalisation en unité de soins intensifs a été de 4 jours avec un minimum à 1 jour et un maximum à 52 jours. Le taux de mortalité a été de 17.1 % dans la population étudiée. Les décédés avaient un score de Glasgow initial significativement plus bas (0.026) et une pression artérielle systolique (PAS) initiale significativement plus basse ($p=0.005$).

Conclusion : La survenue d'un EME chez un patient connu ou non épileptique représente un tournant évolutif dans l'évolution de sa pathologie. Connaitre le profil clinico-électrique et les facteurs de mauvais pronostic serait d'un apport considérable pour une meilleure prise en charge.

P 083 IMPACT DU SEXE SUR LES CARACTERISTIQUES DES ETATS DE MAL EPILEPTIQUES ET LE DEVENIR

K.Hlimi : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
H.Nouira : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
Jrad Maissa : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
S.Chtioui : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
Gharbi Rim : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
Rebhi Abderazak : Réanimation médicale hôpital régionale kasserine.
M.Fekih Hassen : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
H.Ben Sik Ali : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
O.Jaoued : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
S.Elatrous : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.

Introduction : Les états de mal convulsifs touchent les deux sexes. L'influence du genre sur les aspects cliniques et l'évolution des patients admis en réanimation pour état de mal épileptique (EME) reste un sujet de controverse dans la littérature.

Objectif : L'objectif de cette étude était de comparer selon le sexe, les aspects cliniques, le traitement, l'évolution et le pronostic de l'EME.

Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective menée entre janvier 2014 et Décembre 2020. Nous avons inclus tous les patients hospitalisés en réanimation pour EME. Deux groupes ont été définis : sexe masculin et sexe féminin. Les paramètres recueillis étaient : les Caractéristiques démographiques, les comorbidités (HTA, diabète, épilepsie..), le mode d'entrée, les scores de gravité (APACHEII, SAPSII..), le type des crises, Prise en charge thérapeutique (molécule, doses, durée..), l'échec thérapeutique défini par la récurrence des crises, le devenir en réanimation (recours à la ventilation mécanique, durée de ventilation mécanique invasive, durée de séjour en réanimation et la mortalité).

Résultat : Les patients admis pour état de mal épileptique pendant la période de l'étude étaient 184 avec un âge médian de 46 ans [30-62] et un SAPS II score médian de 32 [22-41]. Parmi les 184 patients, il y avait 117 hommes (63.6%) et 67 femmes (36.4%). Les patients suivis pour épilepsie représentaient 40% de la population. L'étiologie la plus fréquente était la mal observance thérapeutique dans 20.7%. Le phénobarbital était la molécule la plus fréquemment utilisée dans le traitement de l'EME (49.5%). L'échec thérapeutique était dans 15%. Le taux de mortalité était de 14%. Dans l'analyse comparative entre les deux groupes, il n'y avait pas de différence significative entre les 2 sexes concernant l'âge et les comorbidités. Par contre les hommes présentaient d'avantage plus de crises généralisées d'emblée que les femmes (84.3% vs 69.2% $P=0.01$). Il n'y avait pas de différence entre les groupes concernant les étiologies de l'EME. Le recours à la ventilation mécanique était similaire dans les deux groupes (76% vs 80% ; $p=0.7$), de même, la durée de séjour en réanimation (6j [4-14] vs 7j [5-16] ; $p=0.09$). La durée de la ventilation mécanique était plus longue chez les femmes (8j[4-14] vs 4j [2-9] sans différence significative $p=0.07$). Les femmes avaient une mortalité 19% vs 11% chez les hommes avec p non significative à 0.13. En analyse multi-variée, le seul facteur prédictif de mortalité était l'infection nosocomiale : OR=6,02 IC 95% [1.4- 24.8]; $p=0.01$.

Conclusion : Il n'y avait pas de différence significative entre les 2 sexes concernant l'âge et les comorbidités. Les hommes présentaient d'avantage plus de crises généralisées d'emblée que les femmes. Le seul facteur prédictif de mortalité était l'infection nosocomiale

P 084 ETUDE COMPARATIVE ENTRE PHENOBARBITAL ET VALPROATE DE SODIUM DANS LE TRAITEMENT L'ETAT DE MAL EPILEPTIQUE CHEZ L'ADULTE

M.Jrad : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
H.Nouira : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
K.Hlimi : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
H.Messoudi : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
Gharbi Rim : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
A.Rebhi : Réanimation médicale hôpital régionale kasserine.
M.Fekih Hassen : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
H.Ben Sik Ali : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
O.Jaoued : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
S.Elatrous : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.

Introduction : L'état de mal épileptique (EME) est une urgence diagnostique et thérapeutique. L'algorithme thérapeutique a évolué ces dernières années et la dépakine est de plus en plus utilisée en première intention.

Objectif : L'Objectif de cette étude était de comparer l'efficacité du phénobarbital et du valproate de sodium dans le traitement de l'état de mal épileptique convulsif.

Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective menée entre Janvier 2014 et Décembre 2020 en réanimation médicale. Les critères d'inclusion étaient : Les patients de plus de 18 ans admis en réanimation pour état de mal épileptique. Deux groupes ont été définis : Groupe phénobarbital ayant reçu la dose de 15mg/kg et groupe valproate de sodium traités par la dose de 40mg/kg puis 1-2mg/kg/h comme dose d'entretien. Le critère de jugement principal est l'échec thérapeutique défini par la récurrence des crises convulsives.

Résultat : Au total, 136 patients ont été inclus: 91 (67%) dans le groupe valproate de sodium et 45 patients (33%) dans le groupe phénobarbital avec un âge médian de 43 ans [30-60] et un SAPS II score médian à 32 [21-40]. Le recours à la ventilation mécanique était chez 103 patients soit 75.7%. La durée médiane de séjour en réanimation était de 6j [4-15]. Le taux de mortalité était 12.5%. Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes en ce qui concerne les caractéristiques démographiques, les comorbidités et les types de crises. Le taux d'échec était significativement plus important dans le groupe Dépakine (55%) contre 45% dans le groupe Gardénal, $p=0.02$. La durée de la ventilation mécanique était plus longue dans le groupe échec (10j [3-38] vs 5j [2-12] mais p non significative à 0.12). La durée de séjour en réanimation était aussi plus longue : 11j [6-41] vs 6j [4-14] avec $p=0.18$. La mortalité était de 15% dans le groupe échec vs 12% dans l'autre groupe avec p non significative à 0.7. En analyse multivariée le traitement par Gardénal était un facteur préventif de l'échec thérapeutique par rapport à la dépakine : $OR=0.24$, IC 95% [0.06-0.9]; $p=0.04$

Conclusion : Le traitement par Gardénal a une meilleure efficacité dans le traitement de l'état de mal convulsif

P 085 UN ETAT DE MAL EPILEPTIQUE REVELANT UN NEUROPALUDISME: UNE ETUDE CLINIQUE À PROPOS D'UN CAS

D. HOSNI : Urgences hopital charles nicolles tunis.

S. KHABOUCI : Urgences hopital charles nicolles tunis.

S. OUERGHI : Urgence hopital charles nicolles.

H. HEDHLI : Urgences HCN.

A. ZOUBLI : Urgences HCN.

S. OTHMANI : Urgences HCN.

S. JOUINI : Urgences HCN.

Introduction : Le paludisme est une infection parasitaire qui peut être grave surtout dans sa forme neurologique et dont la manifestation peut parfois se traduire par une crise épileptique.

Cas clinique : Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 43 ans aux ATCDs de diabète admis à nos urgences pour un EME dans un contexte fébrile son histoire de maladie remonte à une semaine marquée par des accès de fièvre et sueurs, l'interrogatoire a révélé la notion de primo invasion par le paludisme traité il y a 3 mois. L'examen clinique initial trouve un patient fébrile, stable sur le plan respiratoire et hémodynamique, GAD correcte, un score de Glasgow=10/15 avec agitation inconsciente, le patient était intubé devant la détresse neurologique. A la biologie, un ionogramme sanguin normale, une fonction rénale normale, un syndrome inflammatoire biologique, le scanner cérébrale est revenu sans anomalies, une PL est revenue normale, le test de la goutte épaisse est revenu négatif, on a complété par une IRM cérébrale qui a montré une anomalie du signal nodulaire de la substance blanche évoquant un neuropalludisme, le patient était mis sous traitement antipaludéen puis transféré au service de réanimation.

Conclusion : Le palludisme est une pathologie non fréquente dans notre pays mais il faut toujours l'évoquer devant le contexte de séjour dans un pays d'endémie.

P 086 FACTORS ASSOCIATED WITH MORTALITY IN STATUS EPILEPTICUS PATIENTS ADMITTED TO ICU

A. Bedhiafi : Service des Urgences et Réanimation Hopital Habib Thameur de Tunis.
I. Sedghiani : Service des Urgences et Réanimation Hopital Habib Thameur de Tunis.
I. Sdiri : Service des Urgences et Réanimation Hopital Habib Thameur de Tunis.
W. Brahmi : Service des Urgences et Réanimation Hopital Habib Thameur de Tunis.
F. Bousnina : Service des Urgences et Réanimation Hopital Habib Thameur de Tunis.
I. Belgacem : Service des Urgences et Réanimation Hopital Habib Thameur de Tunis.
I. Zaghdoudi : Service des Urgences et Réanimation Hopital Habib Thameur de Tunis.
N.Borsali-Falfoul : Service des Urgences et Réanimation Hopital Habib Thameur de Tunis.

Introduction : Status epilepticus (SE) is a life-threatening neurological emergency. Morbidity and mortality from SE remains quite high. Identifying factors associated with mortality is vital not only for enhancing patient prognosis but also for mitigating the economic burden on public healthcare systems.

Objectif : The present study aimed to identify mortality risk factors in critically ill status epilepticus patients.

Méthode : We conducted a retrospective observational study over three years, from January 2017 to December 2019. All consecutive patients aged more than 18 years old admitted to the medical ICU of Habib Thameur University hospital for a SE were included. We collected baseline demographics and clinical characteristics. Therapeutic management and ICU stay related complications were recorded. The Status Epilepticus Severity Score (STESS) was calculated. The primary outcome was the in-hospital mortality. An univariate analysis was performed to identify risk factors associated with mortality.

Résultat : We included 60 patients, with a gender ratio at 4 and a median age at 55 [37-68] years. Patients had a known epilepsy in 30% of cases (n=18). Major other comorbidities were diabetes 21.7% and hypertension 20%. The tonic-clonic-seizure was the predominant feature in 90% of patients. On admission, Glasgow coma scale was 7 [3-11], with a STESS score at 3 [2-4]. A brain CT- scan was performed in 75% of cases and showed abnormalities in 53.3%. Electroencephalography was performed in 6.7% of cases. Status epilepticus was caused by an acute stroke in 30% (n=18) of cases, poor controlled epilepsy (30%) due to medicine withdrawal in 18.3%, meningoencephalitis in 8.3%, metabolic disorder and acute intoxication in one case each. No specific etiology was found in 16.7% of cases. Antiepileptic therapy for loading dose was phenobarbital in 50% of patients and sodium valproate in 45%. A recurrence of seizure was noticed in 8.3% of patients. Invasive mechanical ventilation was required in 60% of the cohort. In-hospital mortality was 20%. In univariate analysis, mortality was higher in patients with higher STESS score (p=0.015), focal neurological deficits on first examination (p=0.024), history of chronic cardiovascular diseases (p=0.029), recurrence of seizure within the first 48 hours (p=0.31) and patients requiring invasive mechanical ventilation either for a refractory SE or for a specific underlying condition (p=0.036). Among ICU related events, mortality was also associated with healthcare-associated infections (p=0.018) especially ventilator acquired pneumonia (p=0.023).

Conclusion : Mortality from status epilepticus is associated with a high STESS score, underlying cause and healthcare associated infections.

P 087 PARTICULARITES EPIDEMIOLOGIQUES ET EVOLUTIVES DES PATIENTS DIABETIQUES ADMIS POUR CRISES EPILEPTIQUES AUX URGENCES

D. HOSNI : Urgences hopital charles nicolles tunis.
S. KHABOUCHE : Urgences hopital charles nicolles tunis.
S. OUEGHI : Urgence hopital charles nicolles.
H. HEDHLI : Urgences HCN.
S. YAMOUN : Urgences HCN.
C. TLIJANI : Urgences HCN.
I. AISSAOUI : Urgences HCN.
S. JOUINI : Urgences HCN.

Introduction : Le diabète étant un facteur de risque majeur en matière de pathologie cardio-vasculaire peut avoir des particularités épidémiologiques, clinico-biologiques et évolutives en cas de crise épileptique.

Objectif : Déterminer les particularités épidémiologiques et évolutives des patients diabétiques admis pour crise épileptique aux urgences.

Méthode : Il s'agit d'une étude comparative, prospective, monocentrique qui s'est déroulée sur une période de quatre années au service des urgences. Critères d'inclusion : les deux sexes, âge > 15 ans. Critères de non inclusion : femmes enceintes. On a individualisé deux groupes : un groupe connu diabétique et un groupe non diabétique

Résultat : Cent cinquante-deux patients étaient colligés, un groupe diabétique (n=37) VS un groupe non diabétique (n=115) et ; âge moyen= 60,9±9,6ans (p=0,000) ; sex-ratio (0,456) ; antécédents d' insuffisance rénale (p=0,002) ; BPCO (p=0,017) ; HTA (p=0,000) ; insuffisance coronaire antérieure (p=0,014) ; insulinothérapie antérieure (p=0,000) ; AVK (p=0,012) ; anti hypertenseur (p=0,000) ; les étiologies étaient : la mauvaise observance thérapeutique (p=0,019) ; l'hypoglycémie (p=0,002) ; les paramètres clinico-biologiques :GAD (0,006) ; FC moyenne =83,9±20,3 bpm (p=0,046) ; GB(p=0,052) ; décès (p=0,699).

Conclusion : Les facteurs de risque associés aux diabète en cas d'épilepsie sont l'âge avancé, la présence d'autres FRCV, l'hypoglycémie et la mal observance du traitement sont les étiologies essentielles, sans association significative à la mortalité.

P 088 PARTICULARITES EPIDEMIO-CLINIQUES ET EVOLUTIVES DES CRISES EPILEPTIQUES SELON LE GENRE

D. HOSNI : Urgences hopital charles nicolles tunis.
H. HEDHLI : Urgences hopital charles nicolles tunis.
S. OUERGHI : Urgence hopital charles nicolles.
S. KHABOUCHE : Urgences HCN.
S. OTHMANI : Urgences HCN.
A. ZOUBLI : Urgences HCN.
S. JOUINI : Urgences HCN.

Introduction : La crise convulsive est une pathologie dont le diagnostic se repose en grande partie sur l'anamnèse et la sémiologie de la crise et cette pathologie peut poser plusieurs diagnostics différentiels en particulier chez certains terrains.

Objectif : Déterminer les particularités épidémiocliniques et évolutives des crises convulsives chez la femme.

Méthode : Il s'agit d'une étude comparative, prospective, monocentrique qui s'est déroulée sur quatre ans au service des urgences. Critères d'inclusion : patients admis, les deux sexes, âge > 15 ans. Critères de non inclusion : femmes enceintes, patients en ACR. Deux groupes : groupe femme ; groupe homme

Résultat : Cents cinquante-deux patients étaient colligés, deux groupes groupe femme (n=40) et un groupe homme (n=112) ; âge moyen=45,9±21,7 VS 53,6±16,3 ans (p=0,022) ; crise isolée (p=0,058) ; EME (p=0,766) ; absence de retour à l'état de conscience (p=0,058) ; crise tonique (p=0,035) ; intoxication médicamenteuse (p=0,017) ; hypocalcémie moyenne=2,13 ±0,32 (p=0,006) ; créatinine moyenne =305 VS 162,1 mmol/l (p=0,011) ; ALAT (p=0,015) ; aggravation (p=0,089).

Conclusion : Les facteurs de risque associés au genre féminin étaient l'âge jeune, le type de la crise et l'intoxication médicamenteuse comme étiologie de l'épilepsie alors que le genre n'était pas un facteur de risque de mortalité.

P 089 BILAN ETIOLOGIQUE DES CRISES EPILEPTIQUES CHEZ LES PATIENTS ADMIS AUX URGENCES

D. HOSNI : Urgences hopital charles nicolles tunis.
S. KHABOUCHE : Urgences hopital charles nicolles tunis.
S. OUERGHI : Urgence hopital charles nicolles.
H. HEDHLI : Urgences HCN.
S. OTHMANI : Urgences HCN.
A. JENDOUBI : Urgences HCN.
S. JOUINI : Urgences HCN.

Introduction : La crise convulsive traduit une souffrance cérébrale aigue. une anamnèse minutieuse et un examen clinique détaillé sont nécessaires afin d'orienter son enquête étiologique et entamer une thérapie adéquate.

Objectif : Décrire les différents étiologies des crises convulsives afin d'optimiser la prise en charge thérapeutique.

Méthode : Il s'agit d'une étude descriptive, prospective, monocentrique qui s'est déroulé sur une période de quatre ans au service des urgences. Critères d'inclusion : les deux sexes, âge supérieur à 15 ans, admis pour crise convulsive. Critères de non inclusion : les femmes enceintes, les patients admis en arrêt cardio-respiratoire.

Résultat : Cents cinquante deux patients étaient colligés ; sex-Ratio=2,8 ; âge moyen=51,6+/-18,2 ans. Patient connu épileptique (33,6%), Epilepsie inaugurale (66,4%). Traitement antérieur d'épilepsie Dépakine (14,5%), Gardéna (7,9%), Tégrétol (5,3%), Levet (6,6%). Les principales étiologies d'épilepsie étaient : AVC (15,8%), mal observance

thérapeutique (14,5%), modification récente du traitement (13,2%), sous dosage thérapeutique (5,9%), traumatisme crânien (5,9%), sepsis (4,6%), tumeur cérébrale (8,6%), méningoencéphalite (3,3%), hémorragie cérébrale (3,3%), TVC (2%), hypocalcémie (4,6%), hypoglycémie (2%), intoxication médicamenteuse (1,3%), hyponatrémie (1,3%), hydrocéphalie (0,7%), PRESS syndrome (0,7%), Alcoolisme (0,7%), aucune cause (0,7%).un bilan biologique était fait dans 100% des cas, IRM cérébrale (12,5%), scanner cérébral (84,9%), bilan toxique (11,8%), dosage du traitement anti épileptique (3,9%).

Conclusion : Les causes d'épilepsies sont diverses, l'anamnèse et l'examen clinique restent les principaux étapes d'orientation étiologique devant cette diversité.

P 090 INFLUENCE DES ECHANGES GAZEUX SUR L'ISSUE DES CRISES CONVULSIVES AUX URGENCES

I.CHERMITI : Service des urgences-SMUR Hopital Régional Ben Arous.

S.RHALEM : Service des urgences-SMUR Hopital Régional Ben Arous.

J.SEBAI : Service des urgences-SMUR Hopital Régional Ben Arous.

S.KESKES : Service des urgences-SMUR Hopital Régional Ben Arous.

A.TAGOUGUI : Service des urgences-SMUR Hopital Régional Ben Arous.

A.BEN GARFA : Service des urgences-SMUR Hopital Régional Ben Arous.

H.GHAZALI : Service des urgences-SMUR Hopital Régional Ben Arous.

S.SOUISSI : Service des urgences-SMUR Hopital Régional Ben Arous.

Introduction : La crise convulsive est une situation de souffrance cérébrale aigue pouvant aboutir à un dommage tissulaire irréparable. Le contrôle des facteurs d'agression cérébrale d'origine systémique, notamment l'hypoxie et l'hypercapnie, est primordial lors de la prise en charge de toute crise convulsive. Certaines études expérimentales suggèrent un rôle anticonvulsivant de l'hypoxie et l'hypercapnie au cours de la crise dans le cadre d'une réponse systémique à cette situation de stress

Objectif : Evaluer le retentissement des échanges gazeux sur la durée de la crise, récurrence, recours à la Ventilation mécanique invasive, le retour à un état de conscience normal, mortalité dans les 24heures

Méthode : Etude prospective menée dans un service d'urgence entre février 2020 et mai 2022. Inclusion de tous les patients admis pour crise convulsive et qui ont eu une gazométrie. Nous avons recueilli les caractéristiques démographiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives. Les patients ont été divisé en deux groupes selon les résultats de la gazométrie : patients sans hypoxémie ni hypercapnie versus patients avec hypoxémie et/ou hypercapnie.

Résultat : Trois-cent quarante-cinq patients ont été inclus avec un âge moyen de 47 ± 20 ans et une prédominance masculine à 59.1%. Cent-cinquante-quatre patients étaient épileptiques connus. L'évaluation initiale a révélé : une désaturation chez 33 patients, une hypoxémie chez 58 patients, une hypercapnie chez 66 patients. Un recours à la ventilation mécanique invasive a été décidé dans 25 cas. Sept patients sont décédés à 24 heures de prise en charge. Les principales causes des crises était l'arrêt d'un traitement de fond (28.1%) suivi de la survenue d'un accident vasculaire cérébral (14.9%). Aucune différence significative n'a été notée dans l'issue de la crise convulsive quelque soient les valeurs de la PaO₂, SpO₂ et PaCO₂ en termes de nombre de crises, de récurrence, de recours à la VMI et de survenue d'un décès J1. Néanmoins, la durée de la crise a été prolongée de 1,5 minutes en cas de capnie supérieure à 33 mmHg et de sept minutes en cas de SpO₂<88%.

Conclusion : Les échanges gazeux au cours de la crise convulsive ont peu d'influence sur l'issue de la crise en termes de nombre de crises, de récurrence ou de recours à la VMI. Ils semblent être une expression de la réponse humorale du système à un état de stress aigue. Le pronostic de la crise convulsive dépendrait essentiellement du traitement étiologique et de la précocité de sa mise en place.

P 091 ETAT DE MAL EPILEPTIQUE SUPER-REFRACTAIRE COMPLIQUANT UNE ENCEPHALITE AUTO-IMMUNE

A.Smiri : Réanimation médicale l'hôpital régional de ben arous.

H.Fazzeni : Réanimation médicale l'hôpital régional de ben arous.

A.Khorchani : Réanimation médicale l'hôpital régional de ben arous.

I.Fathallah : Réanimation médicale l'hôpital régional de ben arous.

N.Kouraichi : Réanimation médicale l'hôpital régional de ben arous.

Introduction : Les états de mal épileptique (EME) sont l'évolution défavorable d'une affection du système nerveux central. L'encéphalite en est une cause rare mais grave.

Cas clinique : Il s'agit d'un patient âgé de 37 ans épileptique sous valproate de sodium et phénobarbital, admis pour prise en charge d'un EME tonico-clonique généralisé réfractaire. Il était intubé et mis sous midazolam, après une dose de charge de valproate de sodium avec relais par du valproate de sodium et du phénobarbital. Au bilan étiologique, les causes métaboliques étaient éliminées. Le dosage des anti-épileptiques était dans la fourchette thérapeutique. La TDM cérébrale injectée et la ponction lombaire étaient sans anomalies. Une IRM cérébrale ainsi qu'une recherche toxique exhaustive étaient sans anomalies. Nous avons constaté la persistance des crises convulsives à type de myoclonies généralisées malgré le coma thérapeutique par midazolam et propofol. L'EEG a montré un tracé comitial. Il a reçu une dose de charge de phénytoïne avec l'adjonction du levetiracétam. Le diagnostic d'EME super-réfractaire était retenu. A j10 une TDM cérébrale était faite sans anomalies. Une PL avec recherche d'anticorps antineuronaux sur le sang et le LCR a montré des anti-YO et anti SOX1 positifs avec des anti-NMDA négatifs dans le LCR. Une encéphalite auto-immune était retenue. A j12, le propofol a été arrêté devant une suspicion de PRIS. A j20, un EEG de contrôle était réalisé montrant l'absence d'activité comitiale. La sédation a été arrêtée avec reprise d'une conscience normale sans séquelles. Au cours du séjour, il a présenté plusieurs épisodes infectieux et la corticothérapie était différée. L'évolution était favorable et il a été mis sortant à j92.

Conclusion : L'encéphalite auto-immune est cause rare d'EME super-réfractaire. Sa prise en charge diagnostique et thérapeutique adaptée conditionne le pronostic.

P 092 CLINICO-BIOLOGICAL AND EVOLUTIONARY CHARACTERISTICS OF EPILEPSY IN THE EMERGENCY DEPARTMENT

S.Ouerghi : Services des Urgences Hopital Charles Nicolle.
D.Hosni : Services des Urgences Hopital Charles Nicolle.
S.Khabouchi : Services des Urgences Hopital Charles Nicolle.
H.Hedhli : Services des Urgences Hopital Charles Nicolle.
S.Othmani : Services des Urgences Hopital Charles Nicolle.
S.Jouini : Services des Urgences Hopital Charles Nicolle.

Introduction : A convulsive seizure is defined as an involuntary muscle contraction expressing acute neurological distress. This requires a meticulous neurological examination to guide paraclinical examinations for etiological investigation and therapeutic management

Objectif : To describe the clinical signs and biological assessment of convulsive seizures, as well as the different evolutionary aspects of epilepsy in the emergency department.

Méthode : This was a descriptive, prospective, monocentric study conducted over four years in the emergency department. Inclusion criteria: patients of both sexes, age over 15 years; non-inclusion criteria: pregnant women.

Résultat : 152 patients were enrolled; sex ratio=2.8; mean age=51.6±18.2 years. Seizures were isolated (42.8%), serial (23.7%), EME (39.5%). Clinical examination revealed PAS=120 ±10 mmHg; PAD=41.3 ±5.3 mmHg; HR=89.7 bpm ±20.3; GAD=2.64 ±2.1; temperature=37.1 ±4.4; pulmonary auscultation was normal (84.5%); Glasgow score=10.6 ±4.7; miosis pupils (7.9%); mydriasis (2%); intermediate pupils (39.5%); neurological deficit (4.6%); localization signs (9.9%); meningeal syndrome (7.9%). PH=7.36 ±0.75 ;pao2=102.3 ±70.3 mmHg; Paco2=38.6 ±11.4 mmHg; HCO3=19.6 ±6.4; lactatemia=6.1 ±5.6; Kalemia=3.9 ±0.8 mmol/l, natremia=135.9±7.5 mmol/l ; calcemia=2.1 ±0.2 mmol/l; urea=9.6 ±2.6 mmol/l; creatin=199.7 ±96.8; hemoglobin=9.1 ±8.3; CPK=630.5 ±109; LDH=285.4 ±139.5. Progression was marked by improvement (71.1%); worsening (25%); death (9.2%). Complications included neurological distress (0.7%); CIVD (0.7%); acute renal failure (0.7%); acquired mechanical ventilation pneumonia(1.3%); inhalation pneumonitis (0.7%). Return home (25.7%); transfer to neurology (3.3%); neurosurgery (2%); intensive care (9.9%).

Conclusion : A detailed clinical examination and targeted biological tests are a very important step in the management of any pathology, particularly epilepsy, for better therapeutic and evolutionary management. A detailed clinical examination and targeted biological tests are a very important step in the management of any pathology, particularly epilepsy, for better therapeutic and evolutionary management.

P 093 CRISE NON EPILEPTIQUE PSYCHOGENE (CNEP) : A PROPOS D'UN CAS.

Iheb AMRI : Département d'anesthésie réanimation Hôpital militaire principal d'instruction de Tunis.
Aïcha REBAI : Département d'anesthésie réanimation Hôpital militaire principal d'instruction de Tunis.
Kaïs AGUERBI : Département d'anesthésie réanimation Hôpital militaire principal d'instruction de Tunis.
Sana BOUGHARIOU : Département d'anesthésie réanimation Hôpital militaire principal d'instruction de Tunis.
Mohamed Fatteh ABIDINE : Département d'anesthésie réanimation Hôpital militaire principal d'instruction de Tunis.
Walid SAMOUD : Département d'anesthésie réanimation Hôpital militaire principal d'instruction de Tunis.
Walid SELLAMI : Département d'anesthésie réanimation Hôpital militaire principal d'instruction de Tunis.
Ridha MARISSA : Service de Neurologie Hôpital militaire principal d'instruction de Tunis.
Iheb LABBENE : Département d'anesthésie réanimation Hôpital militaire principal d'instruction de Tunis.
Hédi GHARSALLAH : Département d'anesthésie réanimation Hôpital militaire principal d'instruction de Tunis.
Mustapha FERJANI : Département d'anesthésie réanimation Hôpital militaire principal d'instruction de Tunis.

Introduction : Les CNEP sont des «manifestations paroxystiques répétitives évoquant de prime abord des crises épileptiques, mais en rapport avec des processus psychogènes inconscients et pas avec une décharge neuronale excessive», sanctionnées d'une errance diagnostique dans 10 à 30% des cas.

Cas clinique : Madame CR, 24 ans, aux antécédents de crises convulsives à l'enfance, d'étiologie indéterminée, traitée entre 4 et 8 ans. La patiente a présentée brutalement des crises convulsives tonico-cloniques généralisées (TCG) en dehors d'un contexte traumatique. A l'examen : patiente apyrétique, consciente ; coopérante sans déficit, stable sur les plans hémodynamique et respiratoire sans anomalie à l'imagerie cérébrale. Biologie normale. L'évolution immédiate a été marquée par la récurrence répétée de crises TCG devenues spectaculaires, associée à un contexte d'agitation et d'agressivité. La patiente a été mise sous anticonvulsivants. Les imageries (TDM, IRM) répétées étaient normales et les EEG réalisés également. L'évolution de la symptomatologie a été atypique : crises méso-temporales prolongées avec extension frontale, manifestations motrices polymorphes : raideur spectaculaire, contraction des muscles de la main et des pieds en griffe, émission de cris et de bruits rauques, décollement du tronc du plan du lit, ne cédant à aucun traitement intraveineux, à intervalles variables ayant nécessité l'intubation et l'optimisation du traitement antiépileptique. Une encéphalite auto-immune évoquée, le bilan exhaustif trouve des anticorps antiGAD65 dans le sang à 65 UI/mL, 365 UI/mL puis 0, LCR : négatif. Nous avons introduit par paliers, un traitement corticoïdes, des immunosuppresseurs, une cure d'immunoglobulines suivie à distance d'échanges plasmatiques sans amélioration franche. Le diagnostic de CNEP a été évoqué, des neuroleptiques ont été associés et la dégression des anti-convulsivants débutée. L'évolution a été favorable, avec un retour à domicile malgré quelques crises ponctuelles rapportées par la famille, avec un suivi associant neurologues, psychiatres et hypno thérapeute.

Conclusion : Les CNEP occasionnent aux patients qui en souffrent un score de qualité de vie inférieur à celui des patients épileptiques, et imposent une fois diagnostiquées l'accès à un soutien empathique, continu et multidisciplinaire ; potentiels piliers du rétablissement.

P 094 TROUBLES DU TRANSIT CHEZ LE PATIENT ALZHEIMER: À PROPOS D'UN CAS

GNENA Hedia : Service des urgences clinique le Bardo.

Introduction : Les troubles du transit sont assez fréquents voir embêtants chez le sujet âgé atteint d'alzheimer. En fait il est établi qu'il y a un lien entre le système digestif et le système nerveux central. Ils ont généralement tendance à une constipation qui se manifeste parfois par des diarrhées par évacuation passive d'une stase stercorale importante et qui mène à tort à prescrire des anti diarrhéiques

Cas clinique : Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 89 ans grabataire atteinte d'Alzheimer qui a une longue histoire de constipation qui a présenté deux semaines auparavant une diarrhée profuse et continue pour laquelle elle a reçu un traitement symptomatique. Quelques jours après, elle a été ramenée à nos urgences pour détresse respiratoire d'insaturation progressive. La patiente était fébrile, abdomen souple dépressible indolore, diarrhéique, elle avait des crépitements et des ronflements à l'auscultation, SPO2 au doigt imprenable, pas d'œdème des membres inférieurs, patiente déshydratée, TA=20/10 initialement, obnubilée -> un OAP a été suspecté initialement d'où elle a été mise sous traitement médical et VNI avec 100 % de FIO2. La patiente s'est améliorée partiellement, devenue plus réactive, diminution des besoins en oxygène, mais devant une echo cœur rassurante, des troponines stables 46->54, proBNP= zone grise : l'origine cardiaque a été écartée. Elle avait à la biologie un SIB avec des Ddimer positive (9000). L'enquête infectieuse a montré : une pneumopathie d'inhalation, avec présence d'un énorme fécalome rectale et des selles dans les intestins et l'estomac. devant des vomissements de liquide fécaloïde, une pneumopathie par inhalation de matière fécale a été retenue. La conduite à tenir était de mettre la patiente sous VNI, antibiothérapie large spectre, aspiration gastrique et lavement rectal. La patiente est décédée le lendemain

Conclusion : Il est important d'avoir à l'esprit les troubles du transit chez le sujet âgé atteint d'Alzheimer dont les manifestations peuvent être paradoxale et d'éviter de prescrire un traitement anti diarrhéique dont les conséquences peuvent être fatale comme dans le cas de cette patiente.

P 095 SPINAL CORD INJURY WITHOUT RADIOGRAPHIC ABNORMALITY (SCIWORA) AUX URGENCES : À PROPOS D'UN CAS

GNENA Hedia : Service des urgences clinique le Bardo.

Introduction : Le polytraumatisme peut engendrer des lésions médullaires redoutables suite à des lésions ostéoligamentaires vertébrales largement connues à l'imagerie par radiographie standard et scannographique. La SCIWORA est un concept défini par un syndrome médullaire traduit ou non par des lésions à l'IRM sans lésions osseuses dans toutes les explorations précitées dans les suites immédiats ou retardées d'un traumatisme

Cas clinique : Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 74 ans sans antécédents particuliers, récemment exploré pour AVP avec un bilan lésionnel qui serait normal il y a 3 jours, qui présente une lourdeur des membres inférieurs avec un ballonnement abdominal et un syndrome occlusif 24h après son traumatisme. A l'examen le patient était conscient stable sur le plan hémodynamique et respiratoire,,déficit algique du membre inferieur droit sans signe de localisation évident, globe vesical avec abdomen ballonné. Un abdomen chirurgical ainsi qu'une lésion vertebromédullaire a été suspectée. Nous avons complété par un bodyscanner, et radiographie standard du MI droit revenues normales en dehors d'une distension aérique diffuse du cadre colique prédominant sur le colon droit et transverse avec niveau hydro aérique du bas fond caecal sans obstacle TDM décelable, d'allure fonctionnelle avec un globe vésical responsable d'une dilatation modérée des cavités excrétrices des deux cotés. Après avoir éliminé une urgence chirurgicale d'après les spécialistes,Le patient a été hospitalisé initialement dans l'unité de surveillance rapprochée devant ce tableau dont l'origine médullaire reste suspectée notemment SCIWORA. Une IRM cérébromédullaire a été performée montrant une discopathie cervicale étagée dégénérative respnsable d'un rétrécissement des espaces sous arachnoidiens antérieurs, canal lombaire étroit et rétréci en L5-S1 par la saillie discale globale dégénérative, l'arthrose postérieure et l'hypertrophie des ligaments jaunes sans anomalies du signal médullaire. Le diagnostic retenu étant une SCIWORA révéllé par un syndrome occlusif fonctionnel. La conduite à tenir était de mener un traitement symptomatique de l'OIA, surveillance des ACSOSS, pas d'indication à la corticothérapie selon le neurochirurgien.

Conclusion : La SCIWORA est une atteinte rare touchant généralement la population pédiatrique et encore plus rarement l'adulte généralement par décompensation ou non d'une myélopathie arthrosique. Il faut avoir à l'esprit ce diagnostic au service des urgences surtout dans l'absence de lésions traumatique osseuses.

P 096 L'ÉLECTROENCÉPHALOGRAMME EN MILIEU DE RÉANIMATION ; UN APPORT DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE ETUDE RÉTROSPECTIVE DE 6 MOIS

Amina Hadded : Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba.

Olfa Turki : Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba.

Leila triki : Serv ice d'explorations fonctionnelles CHU Habib Bourguiba.

Sana Kharrat : Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba.

Amal kotti : Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba.

Ayoub smaoui : Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba.

Mabrouk bahloul : Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba.

Hedi chelly : Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba.

Chokri ben hamida : Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba.

Mounir bouaziz : Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba.

Introduction : L'électroencéphalogramme (EEG) permet l'exploration fonctionnelle de l'activité cérébrale. Ses applications sont multiples, permettant le diagnostic, l'évaluation pronostique ou encore l'adaptation des thérapeutiques chez les patients cérébrolésés

Objectif : L'objectif a été de dégager les indications et les résultats de cette exploration ainsi que leurs influences sur la prise en charge des malades.

Méthode : Il s'agit d'une étude observationnelle, rétrospective, mono centrique, ayant inclus 40 patients admis entre le 1^{er} janvier et le 31 Aout 2023 en unité de soins intensifs. Nous avons recueillis les caractéristique clinique et épidémiologique ainsi que le profil évolutif et les donnés de l'EEG

Résultat : 40 patients ont bénéficié d'une exploration électro-encéphalographie au cours de la période d'étude. L'âge moyen de notre population a été de 44.3 ± 19.4 ans et le sexe ratio était à 4. Vingt-huit patients ont été hospitalisés pour prise en charge d'un traumatisme crânien grave et l'hémorragie méningée a été la lésion la plus fréquemment retrouvée (50%). Neuf patients ont présenté une convulsion initiale. La plupart des explorations étaient effectuées pour suspicion d'un état de mal larvé (82.5%). Cette suspicion était fondée sur l'absence de réveil chez 14 patients et la survenue de réversion oculaire chez 9 autres. Aucun tracé n'était normal et la présence de signes électriques de convulsion a été retrouvée chez 10 patients incitant à une optimisation du traitement anticonvulsivant. Chez la moitié des patients le résultat a préconisé un bon pronostic de réveil. Près de 27% des examens étaient associés à une modification de la stratégie thérapeutique. Après un séjour d'une durée moyenne de 33.14 ± 18 jours, on a noté un réveil chez 60% des patients. Le taux de mortalité dans la population étudiée était de 35%.

Conclusion : L'EEG revêt une place importante dans le diagnostic et la prise en charge thérapeutique des patients cérébrolésés. Cependant son utilisation nécessite une technicité et une formation approfondie dans l'interprétation des tracés électriques.

P 097 INDICATIONS ET APPORTS DE L'EEG EN RÉANIMATION

I. Sdiri : Urgences-réanimation habib thameur.
I. Sedghiani : Urgences-réanimation habib thameur.
Y. Garbaa : Urgences-réanimation habib thameur.
W. Homrani : Urgences-réanimation habib thameur.
A. Alouini : Urgences-réanimation habib thameur.
I. Zaghdoudi : Urgences-réanimation habib thameur.
N. Borsali- Falfoul : Urgences-réanimation habib thameur.

Introduction : La place de l'EEG en réanimation est capitale pour une prise en charge rapide, que ce soit pour faire un diagnostic étiologique, guider la thérapeutique ou évaluer le pronostic.

Objectif : Notre objectif était de décrire les indications des tracés EEG et leur impact sur la prise en charge des patients.

Méthode : Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive sur deux ans, incluant tous les patients ayant eu un EEG durant leur séjour en réanimation.

Résultat : Durant la période de l'étude, 61 EEG ont été réalisés chez 59 patients d'un âge moyen de 56 ± 22 ans et un sexe ratio = 1,6. Les comorbidités observées étaient l'HTA dans 40,5%, le diabète dans 26,2% et l'épilepsie dans 9,5% des cas. Les patients ont été admis en réanimation pour troubles de la conscience dans 30% et pour des convulsions dans 15% des cas. Les diagnostics retenus étaient les accidents vasculaires cérébraux dans 17 cas (28,8%), un état de mal épileptique (EME) dans 10 cas (17,7%) et une méningo-encéphalite dans cinq cas (8,4%). La ventilation mécanique était indiquée dans 84,7% des cas. L'indication de l'EEG était à but diagnostique du trouble de la conscience dans 44 cas. L'EEG était enregistré sous sédation dans cinq cas, sous antiépileptiques dans 12 cas. Les anomalies observées étaient un tracé évoquant une souffrance cérébrale dans 7 cas (12,1%), une comitialité dans 7 cas (12,1%) des cas, un tracé évoquant une encéphalopathie toxique dans deux cas et infectieuse dans deux cas. Une adaptation du traitement antiépileptique a été observée dans 8,4% des cas ainsi qu'une révision du diagnostic et du pronostic du patient dans les autres cas. La mortalité était de 31% et était plus élevée chez les patients intubés ($p < 10^{-3}$), les patients en état de choc ($p < 10^{-3}$) ou des infections nosocomiales ($p < 10^{-3}$), en présence d'EME ($p = 0,03$), d'AVC ischémique ($p = 0,025$) et de souffrance cérébrale ($p = 0,021$).

Conclusion : Le tracé EEG apporte une aide décisive ou contributive dans la prise en charge des patients de neuroréanimation.

P 098 SYNDROME DE FAHR

Jellali Jihene : Urgences Mohamed taher maamouri Nabeul.
Ben Slimane Nour Elhoda : Urgences Mohamed taher maamouri nabeul.
Jerbi Siwar : Urgence Mohamed taher maamouri Nabeul.

Introduction : Le syndrome de Fahr est une maladie rare qui se manifeste par des calcifications bilatérales et symétriques dans le cerveau, plus précisément dans les noyaux gris centraux. Ces calcifications sont souvent liées à des anomalies du métabolisme du calcium et du phosphore. L'hypoparathyroïdie primitive ou acquise est la principale étiologie de ce syndrome. Nous rapportons le cas d'un patient qui a présenté un syndrome confusionnel révélant un syndrome de Fahr.

Cas clinique : Il s'agit du patient N.B âgé de 57 ans aux antécédents d'une insuffisance mitrale mal suivie et une FA sous cordarone et sintron qui a consulté pour une asthénie avec une altération récente de l'état neurologique. A l'examen initial, le patient était stable sur le plan respiratoire et hémodynamique. Sur le plan neurologique, il avait un GCS à 14 sans signes de localisation neurologique avec une glycémie correcte. Le bilan biologique a montré une insuffisance rénale aigue (Créatinine à 800 $\mu\text{mol/l}$ et urée à 51 mmol/L) nécessitant le recours à une séance d'hémodialyse en urgence. En Post Hémodialyse, les suites se sont compliquées par l'installation d'une confusion aigue suivie de deux crises convulsives tonico-cloniques généralisées ayant cédées après l'administration du clonazepam en IVD. L'examen clinique en post critique a trouvé un patient polypnée à 30 c/min, une spo2 85% AA, une PA 100/60 mmhg et une FC à 100 bpm sans signes d'hypoperfusion périphériques. Sur le plan neurologique, le patient avait un GCS 11/15. Il n'avait pas de signes de localisation neurologique, ni des signes d'irritation méningée, les réflexes ostéotendineux étaient présents et symétriques. Il était apyrétique. Devant la détresse neurologique et respiratoire, le patient a été intubé et mis sous ventilation mécanique. Un scanner cérébral sans injection du produit de contraste a été réalisé et a montré une calcification bilatérale et symétrique des noyaux caudés et des pallidums évoquant un syndrome de Fahr. Le bilan biologique après la séance d'hémodialyse a montré : une anémie normochrome normocytaire avec une hémoglobine à 7,5g/dl, Globules blancs : 9200 / mm^3 , Plaquettes : 429000/ mm^3 , glycémie : 0,97g/l, urée : 33 mmol/l , créatinine : 541 $\mu\text{mol/l}$, Na⁺ : 140 mEq/l, K⁺ : 4,2mEq/l, une calcémie à 1,3mmol/l, une phosphorémie à 4,4mmol/l et PTH : 13,95pg/ml. L'évolution a été marquée par la persistance de l'hypocalcémie malgré l'instauration d'un traitement substitutif bien conduit, avec l'installation d'une instabilité hémodynamique réfractaire aux drogues vasoactives, aboutissant au décès au bout de 3 jours.

Conclusion : Le syndrome de Fahr est une maladie rare, qui peut se manifester par un syndrome confusionnel, comme c'est le cas pour notre patient. Ce cas met en évidence l'importance de vérifier la présence de troubles du métabolisme phosphocalcique lorsqu'il y a des symptômes neuropsychiatriques associés à des calcifications des noyaux gris centraux. Cela permet de détecter un éventuel syndrome de Fahr et d'appliquer les mesures thérapeutiques les plus adaptées.

P 099 COUP DE CHALEUR FATAL EN REANIMATION CHEZ DEUX PATIENTS DE PSYCHIATRIE

S. Essghaier : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..

A. Ben Jazia : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..

H. Ben Ghezala : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..

M. Kharrat : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..

N. Brahmi : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..

Introduction : Le coup de chaleur est une pathologie d'actualité caractérisée par une température corporelle au-delà de 40°C associée à des troubles neurologiques pouvant évoluer vers la défaillance multiviscérale. Nous rapportons deux cas de coup de chaleur mortel en réanimation.

Cas clinique : Un patient âgé de 42 ans suivi pour une schizophrénie, était hospitalisé en psychiatrie pour décompensation de sa psychose. Il a reçu de l'halopéridol puis des antipsychotiques atypiques. A J4 de l'hospitalisation il a présenté une hyperthermie à 42,8°C avec altération de l'état de conscience pour laquelle il a été transféré en réanimation pour un coup de chaleur grave. L'examen avait trouvé une fièvre à 42°C avec un coma calme (score de Glasgow= 3/15) sans syndrome méningé et une pression artérielle basse à 70/35 mm Hg. Devant la double détresse neurologique et hémodynamique, le patient a été intubé et ventilé. Il a reçu une réanimation hydroélectrolytique avec mise en place d'une voie centrale et introduction de catécholamines. Il a reçu des antipyrétiques avec des moyens physiques de refroidissement externe et interne. La biologie a montré une insuffisance rénale aigue, une acidose métabolique lactique (Lactates=9,23 mmol/l), une rhabdomyolyse (CPK=6721 UI/l), une cytolyse, une hyponatrémie (Na=127mmol/l), une CRP à 13 mg/L et une thrombopénie à 33000 éléments/ mm^3 . Une recherche toxique a montré la présence de phénothiazines. La ponction lombaire n'a pas pu être faite devant la thrombopénie profonde. Tous les prélèvements microbiologiques étaient négatifs.

L'évolution était défavorable avec décès du patient le jour même dans un tableau de défaillance multiviscérale. Un deuxième patient âgé de 33 ans a été transféré des urgences psychiatriques pour altération de l'état de conscience avec hyperthermie à 42 degrés et état de choc. Il est décédé rapidement dans un tableau de choc réfractaire avec défaillance multiviscérale.

Conclusion : Notre travail montre que la mortalité par coup de chaleur est importante surtout avec les conditions climatiques tunisiennes. Les mécanismes incriminés dans la défaillance multiviscérale, la prévention et les différentes avancées thérapeutiques dans le cooling sont discutés dans ce travail.

P 100 PROFIL DES PATIENTS PRIS EN CHARGE AUX URGENCES POUR COUP DE CHALEUR DURANT LA CANICULE DE JUILLET 2023

SYRINE ALIM : URGENCES MATRI.
EMNA REZGUI : URGENCES MATRI.
KALLEL MANEL : URGENCES MATRI.
BERRAJAH SALMA : URGENCES MATRI.
HOUMAN MEHDI : URGENCES MATRI.
ZAOUCHE KHEDIJA : URGENCES MATRI.

Introduction : Le coup de chaleur est une pathologie grave pouvant mettre en jeu le pronostic vital.

Objectif : L'objectif de notre étude clinique est de décrire le profil épidémiologique et évolutif des sujets ayant été pris en charge aux urgences pour coup de chaleur.

Méthode : Nous avons mené une étude descriptive prospective sur une durée de 03 mois de juin à août 2023 au sein d'un hôpital régional. Nous avons inclus des sujets chez qui le diagnostic de coup de chaleur a été posé. Nous avons procédé à une analyse statistique descriptive et analytique.

Résultat : Durant la période d'étude, le diagnostic de coup de chaleur a été posé chez 55 patients. Parmi eux, 20 étaient âgés de 65 ans et plus (36,4%), 24 entre 25-64 ans (43,6%), 9 entre 15-24 ans (16,4%) et 2 entre 00-14 ans (3,6%). Le sexe-ratio était de 2,6 (40 hommes). Les antécédents retrouvés étaient l'hypertension artérielle 18,2%, diabète 14,5%, insuffisance cardiaque 5,5% et l'épilepsie 3,6%. Cependant, 41 patients (74,4%) n'avaient aucune comorbidité et 6 (10,9%) en avaient une seule. Les motifs ayant motivé la consultation étaient neuromusculaires dans 49,1%, digestifs dans 18,2% et variés dans 54,5% des cas. A l'examen initial le score de Glasgow moyen était de 13, la température moyenne était de 39,3°C ($\pm 1,26$), la PAS moyenne était de 113 mmHg (± 28), la fréquence respiratoire moyenne était de 19 ($\pm 5,4$). Bien qu'il n'y ait pas d'insuffisance rénale, le taux de créatinine moyen était de 124. Le taux de mortalité intra-hospitalière par coup de chaleur était de 10,9% (6 patients) dont 3,6% (2 patients) ont été ramenés en arrêt cardio-pulmonaire. La mortalité n'était pas significativement associée ni au sexe ($p=0,19$) ni au nombre de comorbidités ($p=0,36$) par contre les patients décédés avaient un score de Glasgow initial significativement plus bas ($p=0,000$), un taux de saturation pulsée plus bas ($p=0,001$) et appartenaient tous à la tranche d'âge 65 ans et plus ($p=0,008$).

Conclusion : Le coup de chaleur est une pathologie grave grevée d'une lourde mortalité. Celle-ci semble significativement associée à une altération initiale de l'état de conscience, particulièrement chez les sujets âgés.

P 101 CONFUSION MENTALE SECONDAIRE A UNE ALIMENTATION PARENTERALE PROLONGEE: A PROPOS D'UN CAS

S.Ben Massoud : Service de réanimation des brûlés CTGB.
H.Fredj : Service de réanimation des brûlés CTGB.
S.Rhaïem : Service de réanimation des brûlés CTGB.
M.Chérif : Service de réanimation des brûlés CTGB.
S.Zarrouk : Service de réanimation des brûlés CTGB.
B.Gasri : Service de réanimation des brûlés CTGB.
I.Eljani : Service de réanimation des brûlés CTGB.
A.Mokline : Service de réanimation des brûlés CTGB.
AA.Messadi : Service de réanimation des brûlés CTGB.

Introduction : La nutrition constitue un volet primordial de l'arsenal thérapeutique des patients en réanimation et permet de prévenir les complications trophiques et infectieuses. Néanmoins, mal conduite peut entraîner de multiples complications.

Cas clinique : Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 46 ans sans antécédents, victime d'un accident domestique occasionnant des brûlures étendues avec une surface corporelle brûlée à 40%. Dès son admission, le patient a refusé l'alimentation entérale d'où sa mise sous alimentation parentérale exclusive. A J18 d'admission, le patient a développé un tableau de confusion mentale fait d'hallucinations visuelles et auditives avec un délire et un discours incohérent. L'examen neurologique était normal. Le patient n'était pas hypoxémique ni hypercapnique. Il était stable sur le plan hémodynamique. Il n'était pas septique. Le bilan métabolique était normal. La TDM cérébrale injectée était sans anomalies. Devant une anémie normochrome normocytaire arégénérative (Hb = 8.5 g/dL ; TCMH = 27.5 pg ; VGM = 87 ; Réticulocytes = 10 400) associée à un tableau psychiatrique chez un patient sous alimentation parentérale exclusive sans supplémentation vitaminique (manque à la pharmacie), un déficit en vitamine B12 a été suspecté. Le dosage de la vitamine B12 est revenu normal à 404 pmol/L ne permettant pas d'écarter le diagnostic vu que le

patient a été transfusé. Il a été mis sous vitamine B12 par voie parentérale avec une amélioration progressive de la symptomatologie et augmentation du taux de réticulocyte (120 000) à J15 de traitement confirmant le diagnostic.

Conclusion : La prescription d'une alimentation parentérale exclusive sans supplémentation vitaminique peut entraîner un tableau de confusion mentale secondaire à un déficit en vitamine B12.

P 102 LE SYNDROME DE COUP DE CHALEUR: A PROPOS DE 18 CAS

Allouche.H : Réanimation médicale Hôpital Habib Bougatfa de Bizerte.

Galai.H : Réanimation médicale Hôpital Habib Bougatfa de Bizerte.

Guissouma.J : Réanimation médicale Hôpital Habib Bougatfa de Bizerte.

Trabelsi.I : Réanimation médicale Hôpital Habib Bougatfa de Bizerte.

Benali.H : Réanimation médicale Hôpital Habib Bougatfa de Bizerte.

Gamara.FE : Réanimation médicale Hôpital Habib Bougatfa de Bizerte.

Samet.M : Réanimation médicale Hôpital Habib Bougatfa de Bizerte.

Brahmi.H : Réanimation médicale Hôpital Habib Bougatfa de Bizerte.

Ghadhoune.H : Réanimation médicale Hôpital Habib Bougatfa de Bizerte.

Mchirgui.I : Les Urgences Hôpital Habib Bougatfa de Bizerte.

Bacha.I : Les Urgences Hôpital Habib Bougatfa de Bizerte.

Mabrouk.M : Les Urgences Hôpital Habib Bougatfa de Bizerte.

Ouni.S : Les Urgences Hôpital Habib Bougatfa de Bizerte.

Introduction : Le coup de chaleur est une pathologie rare mais grave dans le monde. La survenue des vagues de chaleur comme en Juillet-Aout 2023 en Tunisie était responsable de véritables épidémies caractérisées par un taux élevé de mortalité.

Objectif : L'objectif de notre étude était de décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, paracliniques et évolutives des patients admis pour prise en charge d'un syndrome de coup de chaleur

Méthode : Etude transversale descriptive menée durant juillet-aout 2023 au service de réanimation médicale et les urgences. Ont été inclus tous les patients admis pour prise en charge de syndrome de coup de chaleur. Le diagnostic est retenu devant l'hyperthermie, les troubles de la conscience et une histoire d'exposition à la chaleur. Les données ont été analysées au moyen du logiciel SPSS 23.

Résultat : Dix-huit patients ont été admis aux urgences et/ou en réanimation pour un syndrome de coup de chaleur avec un âge moyen de 60 ± 10 ans et un genre-ratio de un. Huit patients avaient au moins deux comorbidités dont essentiellement l'HTA, le diabète et les troubles psychiatriques (avec une prise des médicaments psychotiques) chez 11, 13 et sept patients respectivement. La symptomatologie initiale était dominée par la fièvre qui était chiffrée à 40°C et les troubles neurologiques chez tous les patients et les signes digestifs chez cinq patients avec une durée moyenne d'exposition à la chaleur était estimée à $5,7 \pm 2,2$ heures. L'atteinte neurologique était sévère évoluant d'emblée vers un coma chez 14 patients. Les troubles de comportement étaient observés chez 5 patients, les convulsions chez 3 patients. Un patient a présenté une agitation avec des mouvements anormaux. Les principales anomalies biologiques notées étaient l'acidose métabolique (10 cas), la rhabdomyolyse avec une agression rénale aiguë (14 cas) avec recours à l'hémodialyse chez trois patients et les troubles de la coagulation avec CIVD (un cas). L'imagerie cérébrale et l'étude de LCR étaient normaux chez huit patients. Les scores IGSII, APACHEII et SOFA moyens à l'admission étaient $38 \pm 7,15 \pm 5$ et 6 ± 2 . L'évolution s'est compliquée d'un état de choc chez 11 patients et la survenue d'un arrêt cardiorespiratoire brutal dans 11 cas. Tous les patients ont reçu une réhydratation IV. On a eu recours à la VM chez 12 patients. La durée moyenne de séjour était 2 ± 1 jour. Douze patients sont décédés.

Conclusion : Le syndrome de coup de chaleur est grevé d'une lourde morbi-mortalité liée aux complications neurologiques et hémodynamiques. Une prise en charge optimale pourrait améliorer le pronostic néanmoins l'instauration de moyens de prévention reste primordiale lors des vagues de chaleurs.

P 103 UN CAS ATYPIQUE D'ENCÉPHALOPATHIE SUITE À UN COUP DE CHALEUR

S.Kharat : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
M.Assaguem : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
K.Chtara : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
A.Hadded : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
A.Dammak : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
O.Turki : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
M.Bahloul : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
H.Chelly : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
C.Ben Hamida : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
M.Bouaziz : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.

Introduction : Le coup de chaleur est une affection grave qui peut entraîner un dysfonctionnement d'organes notamment le système nerveux central qui est très vulnérable à l'hyperthermie. On rapporte un rare cas de coup de chaleur chez un patient présentant des lésions atypiques à l'IRM.

Cas clinique : Il s'agit d'un patient âgé de 60 ans aux antécédents de diabète, HTA, dyslipidémie, hospitalisé en réanimation pour altération de l'état de conscience dans un contexte fébrile suite à une exposition prolongée à la chaleur. L'examen initial trouve un patient fébrile à 41°C, en défaillance multiviscérale: un coma (SCG à 7/15) sans signes de localisations avec une détresse respiratoire nécessitant le recours à la ventilation mécanique invasive. A la biologie: une CIVD, une insuffisance hépatocellulaire, une insuffisance rénale avec rhabdomyolyse (CPK à 4300 UI/l) ont été notées. Une TDM cérébrale a été réalisée initialement éliminant une cause vasculaire du coma. Devant ce tableau on a complété par une ponction lombaire revenant sans anomalies. La PCR multiplex sur LCR est revenue négative éliminant une cause infectieuse. De plus, l'enquête immunologique revenait sans anomalies. L'imagerie par résonance magnétique a révélé des lésions en péri ventriculaires de la jonction SB-SG en hyposignal T1, hypersignal T2 et Flair avec restriction de la diffusion. Il s'y associe des lésions de l'hémisphère cérébelleux droit avec une anomalie de signal en plage centro- pontique : hypersignal T2 et FLAIR sans restriction de la diffusion et sans rehaussement après injection du Gadolinium. Les lésions à l'imagerie cérébrale n'étaient pas en faveur d'une encéphalite post infectieuse. Cependant, les lésions cérébelleuses étaient typique et fortement évocatrices d'un diagnostic de coup de chaleur. L'électro-encéphalogramme n'a pas isolé de paroxysmes. L'évolution était défavorable marquée par un coma prolongé sans signes de réveil. Dans la littérature, hormis l'atteinte cérébelleuse typique, des anomalies du signal de la substance blanche sur FLAIR sont généralement décrites suite à l'exposition à la chaleur. Cependant, dans notre cas on a trouvé des anomalies de signal de la jonction substance blanche et substance grise similaires aux lésions de vascularite ce qui n'a jamais été rapporté auparavant.

Conclusion : L'intérêt de ce rapport réside dans le fait qu'il décrit un cas rare de coup de chaleur à évolution rapide vers la défaillance multiviscérale avec des une atteinte cérébrale atypique et irréversible impliquant la jonction SG-SB. Ces anomalies seraient en rapport avec des lésions de l'endothélium vasculaire et des micro thromboses suite à l'état inflammatoire et les troubles de coagulation en réponse à l'hyperthermie.

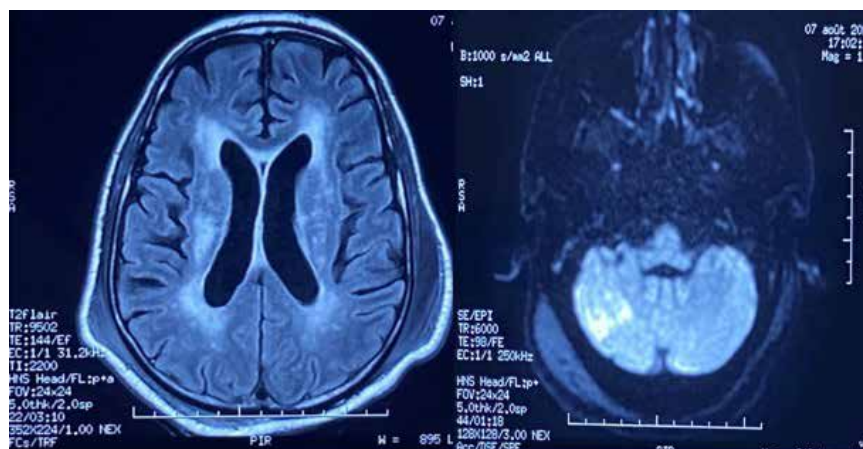


Figure 1 : les lésions neurologiques à l'imagerie par résonance magnétique

P 104 PROFILS EPIDEMIO-CLINIQUES ET EVOLUTIVES DES PATHOLOGIES LIEES À DES FORTES CHALEURS

D. HOSNI : Urgences hopital charles nicolles tunis.
H. HEDHLI : Urgences hopital charles nicolles tunis.
S. KHABOUCI : Urgence hopital charles nicolles.
S. OUERGHI : Urgences HCN.
A. ARBAOUI : Urgences HCN.
I. AISSAOUI : Urgences HCN.
S. JOUINI : Urgences HCN.

Introduction : Les pathologies liées à des fortes chaleurs sont des pathologies occasionnelles et saisonnières secondaires à un dépassement des mécanismes de thermorégulation et qui peuvent être parfois graves.

Objectif : Déterminer les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, biologiques et évolutives des pathologies liées à des fortes chaleurs des patients admis aux urgences.

Méthode : Il s'agit d'une étude descriptive, prospective et monocentrique qui s'est déroulée au service des urgences sur une période de deux mois. Critères d'inclusion : Age supérieur à 15 ans, les deux sexes. Critères de non inclusion : femmes enceintes, patients non admis.

Résultat : Cinquante et un patients étaient colligés, sex-ratio=2,4 ; âge moyen=68,4±11,1 ans ; présence des antécédents médico- chirurgicaux (66,7%) ; HTA(39,2%) ; diabète (33,3%) ; AVC (9,8%) ; insuffisance rénale (15,7%) ; traitement antérieur anti- hypertenseur (13,7%) ; antidépresseurs (17,6%) ; des céphalées (11,8%) ; altération de l'état de conscience (80,4%) ; nausées et vomissements (2%) ; convulsion (3,9%) ; faiblesse musculaire (5,9%) ; asthénie (13,7%) ; forte transpiration (11,8%) ; fièvre (74,5%) ; diarrhée (5,9%) ; déshydratation (41,2%) ; une FR moyenne=24,4±6 bpm ; spo2 moyenne=92,9±6,5% ; PAS moyenne =126,3±32 bpm ; PAD moyenne=70,3±15mmHg ; GAD moyenne =2,11±0,96 mmol/L ; FC moyenne=108,3±29,9bpm ; température moyenne=38,2±7,6 °C ; une déshydratation (76,5%) ; pupilles intermédiaires (68,6%) ; natrémie moyenne=130,4 ±6,6 mmol/L ; CPK moyenne=1734,1±3960 mmol/L ; CRP moyenne=34,3±6 mg/L ; lactatémie moyenne=2,7±1,69mmol/L ; une réhydratation (84,3%) ; remplissage (33,3%) ; refroidissement (41,2%) ; intubation orotrachéale (13%) ; complications (76,5%) ; évolution défavorable (47,1%) et décès (43,1%).

Conclusion : L'exposition à des fortes chaleurs peuvent être graves et fatales, ce qui impose une bonne anamnèse et un examen clinique minutieux afin d'améliorer la prise en charge.

P 105 FACTEURS PREDICTIFS DE MORTALITE DES PATHOLOGIES LIEES À DES FORTES CHALEURS CHEZ LES PATIENTS ADMIS AUX URGENCES

D. HOSNI : Urgences hopital charles nicolles tunis.
S. KHABOUCI : Urgences hopital charles nicolles tunis.
S. OUERGHI : Urgence hopital charles nicolles.
S. YAMOUN : Urgences HCN.
S. OTHMANI : Urgences HCN.
A. ZOUBLI : Urgences HCN.
H. SIAI : Urgences HCN.
S. JOUINI : Urgences HCN.

Introduction : L'exposition à des fortes chaleurs est un motif de consultation saisonnier aux urgences, mais cette pathologie peut avoir des conséquences graves et même mortelles ceci rend nécessaire la détermination des facteurs de gravité et mortalité.

Objectif : Déterminer les facteurs prédictifs de mortalité des pathologies liées à des fortes chaleurs chez les patients admis aux urgences.

Méthode : Il s'agit d'une étude comparative descriptive, analytique, prospective et monocentrique qui s'est déroulée au service des urgences sur une période de deux mois. Critères d'inclusion : Age supérieur à 15 ans, les deux sexes, patients admis pour affection suite à des fortes chaleurs. Critères de non inclusion : femmes enceintes, patients non admis. Deux groupes : groupe décès + et un groupe décès-

Résultat : Cinquante et un patients étaient colligés, groupe décès +(n=22) versus un groupe décès-(n=29) ;sex-ratio=2,4 ; âge moyen=68,4±11,1 ans. Autonomie (p=0,320), antécédents médico-chirurgicaux (p=0,360), altération de l'état de conscience (p=0,001), asthénie (p=0,054), déshydratation (p=0,730), PAS moyenne=111,7±33VS 132±28 mmHg (p=0,036), PAD moyenne=62,3±13,4 VS 74,1±14,6 mmHg (p=0,013), FC moyenne=123,8±28,1 VS 97±28 bpm

($p=0,005$), HCO3 ($p=0,035$), ASAT ($p=0,008$), la présence des complications ($p=0,007$), détresse hémodynamique ($p=0,000$), détresse respiratoire ($p=0,175$), détresse neurologique ($p=0,000$), défaillance multiviscérale ($p=0,000$), intubation orotrachéale ($p=0,010$).

Conclusion : Les facteurs prédictifs de mortalité en cas d'exposition à des fortes chaleurs sont liés essentiellement à la présence d'une détresse vitale.

P 106 UNE URGENCE DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE : LA MÉNINGO-ENCÉPHALITE HERPÉTIQUE

Hana Chaabouni : Service des maladies infectieuses CHU Hedi Chaker.
Khouloud Mnif : Service des maladies infectieuses CHU Hedi Chaker.
Salma Ben Hmida : Service des maladies infectieuses CHU Hedi Chaker.
Ichrak Boughariou : Service des maladies infectieuses CHU Hedi Chaker.
Tarak BenJemaa : Service des maladies infectieuses CHU Hedi Chaker.
Khaoula Rekik : Service des maladies infectieuses CHU Hedi Chaker.
Fatma Smaoui : Service des maladies infectieuses CHU Hedi Chaker.
Makram Koubaa : Service des maladies infectieuses CHU Hedi Chaker.
Chakib Marrakchi : Service des maladies infectieuses CHU Hedi Chaker.
Mounir BenJemaa : Service des maladies infectieuses CHU Hedi Chaker.

Introduction : La méningo-encéphalite herpétique (MEH) est une encéphalite nécrotique et hémorragique, responsable d'une importante morbi mortalité. Il s'agit d'une urgence diagnostique et thérapeutique.

Objectif : Notre objectif est d'étudier le profil épidémiologique, clinique, thérapeutique et évolutif des cas de MEH.

Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective, menée au service des maladies infectieuses du CHU Hedi Chaker de Sfax, incluant les cas de MEH hospitalisés entre 2010-2022.

Résultat : Au total, nous avons colligé 19 cas de MEH, avec un âge moyen de 46 ± 19 ans. Le sex ratio (H/F) était de 0,7. Huit patients vivaient dans un milieu rural (42,1%). Huit patients (42,1%) avaient séjourné en milieu de soins intensifs avant le transfert dans notre service. Dix patients (52,6%) avaient au moins une comorbidité : un diabète (40%), une hypertension artérielle (50%), une infection par le VIH (10%), une épilepsie (10%) et un accident vasculaire cérébral (10%). L'installation des symptômes était aigue dans 94,7% des cas. La symptomatologie était faite essentiellement de fièvre (84,2%), céphalées (84,2%), vomissements (26,3%) et photophobie (21,1%). A l'examen, une raideur méningée était retrouvée chez 68,4% des cas. Six patients étaient somnolents (31,6%) et deux patients avaient un déficit sensitivo-moteur (10,5%). Des crises convulsives étaient rapportées chez 57,9% des patients. La ponction lombaire était réalisée chez 17 patients (89,4%). Le nombre de leucocytes dans le LCR était de 154 c/mm^3 [2- 1200]. La protéinorachie était élevée dans 42,1% des cas et la glycorachie était normale dans 89,5 % des cas. La PCR herpes dans le LCR était positive dans 47,4% des cas. L'IRM cérébrale, réalisée dans 78,9% des cas, était pathologique dans tous les cas. L'EEG réalisé chez 10 patients et était pathologique dans 50% des cas. Tous les patients étaient traités par de l'Aciclovir. Une insuffisance rénale secondaire était notée chez 26,3 % des patients. Un traitement anticonvulsivant était indiqué chez 42% des patients. L'évolution était favorable dans 89,5% des cas.

Conclusion : La MEH demeure une infection grave et nécessite l'administration du traitement antiviral le plus précocement possible. Toute encéphalite aigue fébrile avec trouble du comportement même en l'absence de méningite doit être considéré comme MEH jusqu'à preuve du contraire.

P 107 ENCEPHALITE LIMBIQUE ASSOCIEE A DES ANTICORPS ANTI-YO A PROPOS D'UN CAS

A.Khorchani : Réa Médicale Hopital Régional Ben Arous.
M.Chroufa : Réa Médicale Hopital Régional Ben Arous.
R.Nachi : Réa Médicale Hopital Régional Ben Arous.
H.Fazzeni : Réa Médicale Hopital Régional Ben Arous.
A.Abderrahim : Réa Médicale Hopital Régional Ben Arous.
I.Fathallah : Réa Médicale Hopital Régional Ben Arous.
N.Kouraichi : Réa Médicale Hopital Régional Ben Arous.

Introduction : L'encéphalite limbique est une affection neurologique complexe. Bien que relativement rare, elle revêt une importance clinique majeure en raison de ses manifestations variées et la nécessité de prise en charge en milieu de soins intensifs.

Cas clinique : Nous rapportant l'observation d'un patient âgé de 73 ans sans antécédents pathologiques notables. La symptomatologie initiale remontait à un mois fait de troubles de comportement, troubles mnésiques associés à un syndrome confusionnel sans fièvre. Il a été pris en charge initialement au service de neurologie avec une PL normale et une imagerie cérébrale normale. Le diagnostic de l'encéphalite herpétique a été suspecté et Le patient a été mis sous aciclovir. Le tableau s'est compliqué d'un EME nécessitant l'assistance ventilatoire avec son transfert et une prise en charge dans un milieu de réanimation. Une IRM cérébrale a été faite montrant un hypersignal T2/Flair avec hypertrophie hippocampique évoquant un aspect en faveur d'encéphalite limbique. Un bilan immunologique a été réalisé montrant des anticorps anti Y.O positifs dans le sérum négatifs dans le LCR. Le traitement s'est basé sur des boli de Méthylprednisolone puis relais Per os avec dégression progressive et introduction d'immunosuppresseurs. Une TDM TAP faite à la recherche d'une néoplasie associée revenant sans anomalies. A J40 le patient a bénéficié d'une trachéotomie et mise en VS-Canule avec bonne évolution initiale. Devant la constatation d'un syndrome dépressif il été mis sous Antidépresseurs. Le séjour a été grevé de multiples complications infectieuses, une TVP du membre inférieur droit et une escarre sacrée excisée chirurgicalement. Le patient est décédé dans un tableau d'état de choc septique réfractaire.

Conclusion : Des formes de chevauchement entre encéphalite limbique et encéphalite herpétiques ont été décrites dans la littérature. Pour notre patient malgré le traitement bien conduit, l'évolution était défavorable en rapport avec les complications de réanimation.

P 108 L'ENCÉPHALITE À ANTI-R-NMDA : UN ANTICORPS QUI VOUS AMÈNE AU PSYCHIATRE

N. Mchiri : Anesthésie-réanimation Hôpital de Médenine.

N. Hajjam : Anesthésie-réanimation Hôpital de Médenine.

S. Naifar : Anesthésie-réanimation Hôpital de Médenine.

Z.Ncib : Anesthésie-réanimation Hôpital de Médenine.

O.Bouhamed : Anesthésie-réanimation Hôpital de Médenine.

Introduction : L'encéphalite à anti-R-NMDA est une entité de description relativement récente. Sa méconnaissance, et ses manifestations initialement psychiatriques peuvent conduire à des diagnostics erronés comme le syndrome malin des neuroleptiques ou les encéphalites infectieuses

Cas clinique : Une patiente de 43 ans aux antécédents d'un diabète de découverte récente. Elle a consulté un psychiatre devant l'installation récente de trouble psychiatrique, qui l'a mis sous neuroleptique. Depuis installation progressive d'une altération de l'état de conscience avec rigidité, dans un contexte fébrile, associés à une légère rhabdomyolyse à la biologie. Le diagnostic évoqué était le syndrome malin des neuroleptiques, la PL était pathologique (14EB). L'évolution sous antibiothérapie et antiviral à visée méningée est défavorable avec recours à la ventilation mécanique pour détresse neurologique une culture négative. La recherche de VZV, HSV1, HSV2, BK, CMV, antigène cryptococcus dans le LCR est négative. L'IRM cérébral pratiquée est non contributive. L'EEG a montré des signes de souffrance cérébrale diffuse. Des crises convulsives et des dyskinésies faciales sont installées ultérieurement. Une trachéotomie a été pratiquée devant l'absence de réveil. Devant le terrain une encéphalite auto-immune a été évoquée. Un bilan étiologique poussé a confirmé la présence d'anticorps anti R-NMDA dans le sang. Un traitement par immunoglobulines IV (0,4g/kg/j - 5j) à J20 d'hospitalisation a été entamé avec une évolution spectaculaire et récupération progressive de la conscience dès le premier jour du traitement. Une enquête étiologique à la recherche d'une origine paranéoplasique de cette encéphalite limbique était négative (échographie gynécologique, TDM TAP, marqueurs tumoraux) L'évolution ultérieure était bonne permettant la décanulation de la patiente Conclusion : L'encéphalite à anti-R-NMDA se manifeste souvent par des troubles psychiatriques, convulsions, des dyskinésies. Elle doit être évoquée devant un tableau d'encéphalite –en plus des étiologies infectieuses- surtout chez femmes jeunes.

P 109 ENCEPHALITE A ANTICORPS ANTI-GAD : UNE PATHOLOGIE EXCEPTIONNELLE EN REANIMATION

M. Jemii : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..
H. Ben Ghezala : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..
A. Ben Jazia : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..
M. Kharrat : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..
S. Rabhi : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..
S. Ghalloussi : Service de réanimation polyvalente et toxicologique Centre Mahmoud Yaacoub d assistance médicale urgente..
S. Essghaier : Service de réanimation polyvalente et toxicologique Centre Mahmoud Yaacoub d assistance médicale urgente..
N. Brahmi : Service de réanimation polyvalente et toxicologique Centre Mahmoud Yaacoub d assistance médicale urgente..

Introduction : La glutamate décarboxylase (GAD) catalyse la conversion de l'acide glutamique en acide gamma aminobutyrique (GABA). Les encéphalites auto-immunes à anticorps anti-GAD sont rares et déroutantes. Nous rapportons un cas exceptionnel d'état de mal épileptique secondaire à une encéphalite à anti-GAD.

Cas clinique : Patiente âgée de 32 ans, suivie pour une sclérose en plaque depuis 2016, sous Natalizumab, avec installation d'une épilepsie secondaire post inflammatoire en Mai 2021 sous lévétiracétam, admise pour prise en charge d'un état de mal épileptique. La patiente était apyrétique, pupilles en myosis avec traces de perte d'urine. La biologie a révélé un syndrome inflammatoire biologique. Un scanner cérébral était normal et une angio-IRM cérébrale a montré un aspect stable des lésions démyélinisantes sus et sous tentorielles sans signes d'activité. La PL était normale. L'électroencéphalogramme a montré un aspect de souffrance cérébrale diffuse. Une Leuco encéphalopathie multifocale progressive (LEMP) était aussi probable devant le terrain de la patiente et sa sérologie antérieurement positive au JCV. Devant les diagnostics évoqués, la patiente a été mise sous Solumédrol 1g/j pendant 5 jours après avoir adressé au laboratoire, la sérologie HSV, VZV et recherche du JC Virus dans le LCR. A J06 la patiente a été extubée avec des suites simples. La patiente a été transférée par la suite à son service de neurologie d'origine où un dosage des anticorps anti-GAD est revenu positif d'où une encéphalite à anticorps anti-GAD a été retenue. L'évolution était favorable sous cures mensuelles de Natalizumab et boli de corticoïdes avec régression du titre des anticorps anti-GAD. La patiente a refait un nouvel état de mal épileptique suite à l'arrêt des traitements antiépileptiques. Une IRM cérébrale a montré un aspect stable des lésions démyélinisantes. Le traitement anticonvulsivant a été réintroduit sans récurrence des convulsions.

Conclusion : L'encéphalite à anticorps anti-GAD est rare avec un problème de diagnostic différentiel. La corticothérapie et les immunoglobulines monoclonales ont permis la rémission de notre patiente. Notre patiente présente une association exceptionnelle de l'encéphalite à anticorps anti-GAD et de l'épilepsie.

P 110 MYASTHÉNIE SÉRONÉGATIVE RÉVÉLÉE PAR UN SYNDROME D'APNÉE OBSTRUCTIVE DU SOMMEIL (SAOS) EN RÉANIMATION : A PROPOS D'UNE OBSERVATION CLINIQUE

Larnaout Hiba : Service des urgences et réanimation hôpital Habib Thameur.
Sdiri Ines : Service des urgences et réanimation hôpital Habib Thameur.
Homrani Wafa : Service des urgences et réanimation hôpital Habib Thameur.
Sedghiani Ines : Service des urgences et réanimation hôpital Habib Thameur.
Zaghdoudi Imen : Service des urgences hôpital Habib Thameur.
Boursali Falfoul Nabiha : Service des urgences et réanimation hôpital Habib Thameur.

Introduction : La poussée myasthénique inaugurale est peu fréquente en Réanimation. Dans 10 à 15% des cas, la myasthénie est séronégative. Nous illustrons les particularités de cette entité à travers l'observation clinique d'un SAOS sévère nécessitant la prise en charge en Réanimation.

Cas clinique : Il s'agit d'une patiente âgée de 54 ans admise en réanimation dans un tableau d'IRA hypercapnique aux antécédents d'hypertension artérielle, diabète insulino-requérant et hypothyroïdie. L'histoire remonte à deux mois où la patiente a été opérée d'un goitre compressif avec un tableau d'IRA hypercapnique post-opératoire rattaché à un syndrome d'apnée obstructive du sommeil d'origine centrale et périphérique nécessitant l'appareillage à domicile. L'évolution ultérieure était marquée par une nouvelle aggravation respiratoire motivant son hospitalisation en Réanimation. A l'anamnèse, nous avons noté la notion de fatigabilité musculaire à l'effort notamment en fin de journée avec difficulté à la parole, modification de la voix ainsi que des troubles de la déglutition motivant les investigations suivantes : IRM cérébrale normale, TDM TAP sans anomalies, EMG objectivant un bloc de conduction neuromusculaire de type post synaptique, un dosage des anticorps anti R-acétylcholine négatifs mais le dosage les Ac anti-Musk était positif avec un titre significatif (>8,47 U/ml, Normes <0,4 U/ml). Cliniquement le test à la prostigmine était également positif La prise en charge thérapeutique a comporté outre le support ventilatoire non invasif,

un traitement à base de bromure de pyridostigmine associé à la corticothérapie ainsi qu'une cure d'immunoglobulines IV. L'évolution était favorable avec un score myasthénique² qui passe de 45 à 80/100 autorisant le transfert en neurologie puis la sortie à domicile après 5 semaines d'hospitalisation.

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

P 111 NEUROBEHCET DISEASE SEVERE EXACERBATION AFTER SARS-COV-2 MRNA VACCINATION: CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

Abdelkader Mellek : Réanimation Médicale CHU Sahloul.

Rafia Ben Dabebiss : Réanimation Médicale CHU Sahloul.

Amira Hmaidi : Réanimation Médicale CHU Sahloul.

Hajer Yahyaoui : Réanimation Médicale CHU Sahloul.

Houssein Hmouda : Réanimation Médicale CHU Sahloul.

Introduction : Since the SARS-CoV-2 vaccination campaign begun in 2020, many reports have described dangerous side effects. Most of them were rumors, with no scientific basis, but there were few scientific based studies and cases reporting serious problems with the vaccines.

Cas clinique : A 42-year-old male with a past medical history of NeuroBehcet disease, diagnosed 9 years ago, and well-managed under Colchicine, Corticoids and Endoxan cures (The family reports 1 exacerbation in the last 5 years that required hospitalization), was brought by his family to the Emergency Room after he developed a right sided hemiplegia. The initial exam showed a GSW of 14/15, a right hemiplegia, vertical nystagmus and walking disorder. An MRI was performed and showed several areas of left capsulolenticular, left pontomesencephalic and left parieto occipital hypodensities with midline deviation. In the same day, the patient went into a deep coma with a GCS at 5/15. He was, therefore, intubated, mechanically ventilated and sedated. A brain CT-scan with contrast injection was performed. It revealed a left sub-falcine herniation, with sub- and supra-tentorial cortico-subcortical lacunae. The patient was transferred to the medical ICU. It is important to note that the patient had his 3rd dose of the SARS-CoV-2 mRNA vaccination (Moderna) a week prior to this episode, and the patient didn't describe any common factors that may induce NeuroBehcet exacerbations (treatment withdrawal, fever, evolving infection,...) In the ICU, the patient was put under a 3-day cure of Methylprednisolone (250 mg q.i.d) with systemic anticoagulation. Outcome was favorable. The patient was fully awake, extubated on the 5th day of ICU stay and transferred to the Neurology Department in the 7th day.

Conclusion : Despite the important role of multiple vaccines in the anti-COVID campaign, multiple scientific reports described serious thrombotic complications, that need further investigations based on mega multi-centric studies, as well as special attention in predisposed patients.

P 112 ENCEPHALITE DE BICKERSTAFF EN REANIMATION : UNE OBSERVATION RARE

S. Essghaier : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..

H. Ben Ghezala : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..

A. Ben Jazia : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..

S. Ghaloussi : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..

N. Brahmi : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..

Introduction : L'encéphalite de Bickerstaff est une maladie démyélinisante, auto-immune et post-infectieuse du tronc cérébral caractérisée par une sérologie positive aux auto-anticorps anti-GQ1b. Nous rapportons dans ce travail une observation exceptionnelle d'encéphalite de Bickerstaff très atypique prise en charge en réanimation.

Cas clinique : Un jeune patient âgé de 22 ans, sans antécédents pathologiques notables, a été transféré dans notre service pour la prise en charge d'un coma agité ayant nécessité l'intubation et la ventilation mécanique. Les parents ont rapporté un syndrome grippal avec fièvre et céphalées précédant l'altération de l'état de conscience. L'examen neurologique initial en réanimation a révélé une anisocorie, une agitation inconsciente et des mouvements anormaux stéréotypés des quatre membres. Deux TDM et deux angio-IRM cérébrales faites à 48 heures d'intervalle étaient sans anomalies. Un Electroencéphalogramme (EEG) fait à J5 de prise en charge a montré : un rythme de fond ralenti, des anomalies généralisées et des crises myocloniques d'origine corticales. Une ponction lombaire (PL) avec recherche de PCR herpes virus était négative. Le bilan biologique standard était normal. La recherche de toxiques était négative. La recherche des anticorps anti neuronaux et anti récepteurs NMDA était négative. Les sérologies virales

étaient aussi négatives. Finalement, le dosage des anticorps anti-gangliosides IgG de type GQ1b qui était positif. Le diagnostic d'encéphalite de Bickerstaff a été retenu. Un traitement par hémisuccinate de méthylprednisolone à la dose de 1gr/j pendant 5 jours a été initié.

L'évolution a été favorable avec extubation du patient à J17 d'hospitalisation. Initialement, le patient a gardé une ataxie avec marche ébrieuse et un nystagmus qui ont progressivement disparu avec récupération neurologique complète. Un EEG de contrôle a été fait à J18 et a montré un tracé normal. Le patient est sorti de la réanimation à J28.

Conclusion : L'encéphalite de Bickerstaff est une maladie neurologique de physiopathologie peu connue rare et grave en réanimation. Comme le montre notre observation, elle pose un vrai problème de diagnostic différentiel avec le syndrome de Guillain barre et l'encéphalite aigue disséminée.

P 113 CARACTERISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUES, THERAPEUTIQUES ET EVOLUTIFS DES CRISES MYASTHENIQUES EN MILIEU DE REANIMATION

A.Dammak : Réanimation médicale Habib Bourguiba sfax.

R.Ammar : Réanimation médicale Habib Bourguiba sfax.

S.Jerbi : Réanimation médicale Habib Bourguiba sfax.

O.Turki : Réanimation médicale Habib Bourguiba sfax.

M.Bahloul : Réanimation médicale Habib Bourguiba sfax.

H.Chelly : Réanimation médicale Habib Bourguiba sfax.

C.Ben Hamida : Réanimation médicale Habib Bourguiba sfax.

M.Bouaziz : Réanimation médicale Habib Bourguiba sfax.

Introduction : Les crises myasthéniques aiguës sont des formes graves responsables d'une insuffisance respiratoire nécessitant une prise en charge dans une unité de soins intensifs.

Objectif : Décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives des crises myasthéniques aiguës en milieu de réanimation.

Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive réalisée au sein d'un service de réanimation médicale durant une période de 7 ans (janvier 2018 jusqu'au août 2023). Nous avons collecté et analysé les données épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives des patients hospitalisés pour crise myasthénique aiguë.

Résultat : Treize patients ont été inclus pour l'étude. L'âge médian des patients était de 46 +/- 18.41 ans avec une prédominance féminine (61.5 %). L'IGS II moyen était 17.76± 8,01. Huit (61.5%) patients avaient au moins un antécédent. Quatre (30.8%) patients étaient atteints d'une affection auto-immune dont une dysthyroïdie chez 3 patients. Un thymome était présent chez 6 (46.2%) patient. Le dosage des anticorps était positif chez 6 (46,2%) patients : anti-RACH dans 4 cas et anti-MuSK dans 2 cas. Les anomalies de l'EMG étaient identifiées chez 9 (69,2%) patients. La durée d'évolution moyenne de la maladie était un an. Cinq patients étaient équilibrés sous Mestinon uniquement et trois sous Mestinon associé à un immunosuppresseur. Trois (23,1%) patient avaient l'antécédent d'hospitalisation en réanimation pour crise myasthénique. Quatre (30,8%) patients étaient traités par plasmaphérèse pour des crises antérieures et 2 (15,4%) par immunoglobulines. Les causes de la décompensation étaient dominées par la mal observance thérapeutique (38,46 %), les infections (30.8%) la chirurgie (15,4%) et la prise d'un traitement contre-indiqué (15,4%). Le score de myasthénie moyen à l'admission était de 50 ± 12.8. Huit (61,5%) patients présentaient une insuffisance respiratoire aiguë associée à des troubles de la déglutition à leurs admissions en réanimation. Nous avons eu recours à la ventilation mécanique invasive dans 84,6% des cas avec une durée moyenne de ventilation mécanique de 13,6 ±11,93 jours. La trachéotomie était réalisée chez 4 (30,8%) patients. Concernant le traitement spécifique, 6 (46,2%) patients ont bénéficié de séances de plasmaphérèse et 1 seul patients a eu une cure d'immunoglobulines. Six patients n'ont pas eu recours au traitement spécifique du fait de l'efficacité de l'ajustement thérapeutique ou bien de la présence d'une contre-indication. La durée moyenne de séjour en réanimation était de 16,23± 13,16 jours avec un taux des infections nosocomiales 69,2% des cas et un taux de mortalité à 7.7%.

Conclusion : La crise myasthénique aiguë est une forme grave qui entraîne une prise en charge en milieu de soins intensif. Un traitement précoce et approprié permet de réduire mortalité.

P 114 ATTEINTE NEUROLOGIQUE CENTRALE ET PERIPHERIQUE SEVERE COMPLIQUANT UN SYNDROME DE GOUGEROT-SJÖGREN : A PROPOS DUN CAS

F.Houri : Service de réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax.
N.Baccouch : Service de réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax.
S.Jerbi : Service de réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax.
A.Dammak : Service de réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax.
H.Chelly : Service de réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax.
M.Bahloul : Service de réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax.
M.Bouaziz : Service de réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax.

Introduction : Le Syndrome de Gougerot-Sjögren (SGS) est l'une des plus fréquentes pathologies auto-immunes. Néanmoins, les études sur ses caractéristiques cliniques et son pronostic, en particulier en milieu de soins intensifs, sont limitées. Ce syndrome peut se compliquer de manifestations neurologiques, essentiellement de neuropathies périphériques. Une atteinte neurologique centrale secondaire au SGS peut s'associer souvent à cette atteinte périphérique.

Cas clinique : Nous rapportons le cas d'une femme âgée de 67 ans, ayant comme antécédents : un diabète type 2 et un SGS. Elle a été hospitalisée en milieu de soins intensifs pour prise en charge d'une altération de l'état de conscience. Devant un score de Glasgow à 8/15, elle a été intubée ventilée et sédaturée. Une TDM cérébrale faite a montré un AVC hémorragique à l'étage sous-tentorial au niveau du pédoncule cérébelleux moyen gauche, compliqué d'une hémorragie intra-ventriculaire. La patiente a été opérée en urgence par dérivation externe. Au bout de 3 jours la patiente a été extubée devant une évolution favorable, avec à l'examen somatique : une patiente consciente coopérante, une tétra-parésie modérée et présence d'un érythème violacé en mailles prédominant au niveau des deux membres inférieurs. L'évolution a été marquée par l'aggravation de la tétra-parésie flasque sans altération de l'état de conscience, et d'une insuffisance respiratoire aiguë nécessitant le recours à la ré-intubation. La radiographie thoracique a montré des images pulmonaires bi-basales évoquant des atélectasies. Une TDM cérébrale de contrôle a montré regression de l'hématome péri-ventriculaire du V4 et une stabilité de l'hémorragie intra-ventriculaire. Un électro-neuro-myogramme (EMNG) a été demandé montrant un aspect en faveur d'une neuropathie sensitivo-motrice et l'absence de signes de myosite. On a retenu l'atteinte neurologique périphérique compliquant le SGS, comme étiologie de cette défaillance respiratoire. La patiente a été mise sous corticothérapie. Elle a été trachéotomisée devant la difficulté de sevrage secondaire principalement à la neuropathie périphérique.

Conclusion : Notre cas illustre l'importance d'évoquer une neuropathie périphérique devant toute complication neurologique centrale du SGS. Il s'agit d'une pathologie peu étudiée en milieu de réanimation, mais qui peut engager le pronostic fonctionnel et vital. Ainsi, un diagnostic précoce de ces complications et une prise en charge thérapeutique adaptée s'imposent afin d'améliorer son pronostic.

P 115 USEFULNESS OF FLUMAZENIL WITH CONCOMITANT ELECTROENCEPHALOGRAM RECORDING FOR EARLY DIAGNOSIS OF ANOXIC BRAIN INJURY RELATED COMITIALITY FOLLOWING CARDIAC ARREST: A CASE REPORT

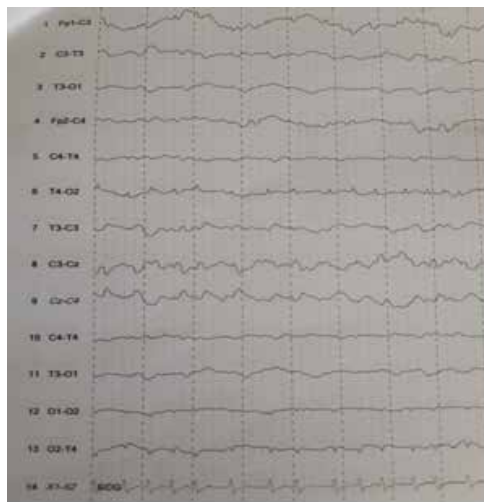
Abdelkader Mellek : Réanimation Médicale CHU Sahloul.
Rafia Ben Dabebiss : Réanimation Médicale CHU Sahloul.
Amira Hmaidi : Réanimation Médicale CHU Sahloul.
Hajer Yahyaoui : Réanimation Médicale CHU Sahloul.
Nouha Gammoudi : Neurophysiologie CHU Sahloul.
Mohamed Ali Saafi : Neurophysiologie CHU Sahloul.
Ghazi Sakly : Neurophysiologie CHU Sahloul.
Housseem Hmouda : Réanimation Médicale CHU Sahloul.

Introduction : Anoxic brain injury following cardiac arrest can be hidden during the first days by residual sedation, preventing reliable neurological assessment. We report a case where flumazenil injection coupled with electroencephalogram recording allowed early diagnosis of severe brain damage related seizures.

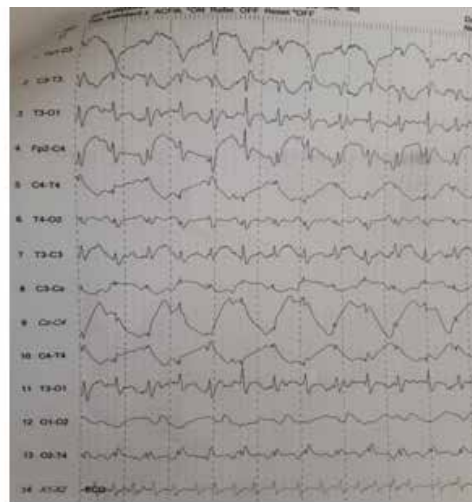
Cas clinique : A 62-year old woman with a past medical history of hypertension, atrial fibrillation, and mitral valve stenosis treated by Bisoprolol and Apixaban, was brought to Emergency Room for unconsciousness. Two weeks ago, She experienced dyspnea and orthopnea, with chest pain after self withdrawal of all medications. On the day of admission, the patient developed a sudden, and brief loss of consciousness lasting a few seconds suggestive of syncope. Seven hours later, the patient became suddenly unresponsive.

She was transported to ER where she was diagnosed as cardiac arrest. Cardiopulmonary resuscitation began immediately, and lasted for 8 minutes. The patient was intubated, and mechanically ventilated. She required sedation, amiodarone as well as norepinephrine infusion. Brain stem reflexes were present with constricted pupils. Brain CT scan was normal. She was transferred to the medical ICU within 2 days of ER stay. In the ICU, neurological assessment within 48 hours of sedation withdrawal revealed a deep coma (GCS: 3/15), symmetric pupils, and all brain stem reflexes were present. Kidney function was normal, as well as all biochemical parameters. On the fourth day, the electroencephalogram showed diffuse slow and areactive theta-delta waves consistent with severe brain damage. During EEG recording, IV Flumazenil (1mg) was administered, and resulted in clonic seizures with diffuse EEG wave spikes suggestive of epilepsy secondary to severe anoxic brain damage. Treatment with Valproate was efficient to prevent recurrence of seizures. The patient died on the 17th hospital day from septic shock with multiple organ failure.

Conclusion : Flumazenil resulted in clinical seizures with concomitant encephalographic spikes. It allowed early diagnosis of anoxic brain damage following cardiac arrest, and early use of valproate to prevent recurrence of seizures. Furthermore, Flumazenil allowed the establishment of an early prognosis.



Before Flumazenil



After Flumazenil

P 116 ACUTE DISSEMINATED ENCEPHALOMYELITIS: 3 CASE REPORTS

M.Bhiri : Réanimation Abderrahmen Mami.
N.Ben Mrad : Réanimation Abderrahmen Mami.
S.Sellaouti : Réanimation Abderrahmen Mami.
F.Jarraya : Réanimation Abderrahmen Mami.
E.Rachdi : Réanimation Abderrahmen Mami.
S.Ayed : Réanimation Abderrahmen Mami.
A.Jamoussi : Réanimation Abderrahmen Mami.
J.BEN KHELIL : Réanimation Abderrahmen Mami.

Introduction : Acute disseminated encephalomyelitis (ADEM) represents a rare post-infectious affection of variable gravity. Magnetic resonance imagery (MRI) is a cornerstone in the diagnosis process. We report the case of 3 patients with heterogeneous clinical and imaging presentations.

Cas clinique : Case (1): A 54 years old, female, with no previous pathological history, presented with fever and neuromeningeal symptoms. The scan didn't show any abnormalities. The cerebrospinal fluid (CSF) revealed pleiocytosis. Cultures were negative. MRI showed radiological lesions consistent with ADEM diagnosis. The etiological investigation was exhaustive. A West Nile infection was identified as the responsible infectious agent. The patient received Aciclovir and corticotherapy, with favorable clinical outcome. Case (2): A 16 years old, male patient, with no previous pathological history, presented with gradually worsening encephalitic symptoms, without fever, requiring invasive ventilation. Initial imaging (MRI and tomodensitography) were normal. CSF showed pleiocytosis with negative cultures. A second MRI, performed in the event of neurological deterioration identified ADEM suggestive lesions. Corticotherapy was initiated. The clinical improvement was insidious. A course of immunoglobulins was started. The treatment was deemed effective in view of the clinical improvement. The patient was extubated with progressive favorable outcome. Case (3): A years old, male patient, with diabetes, presented with acute respiratory

distress syndrome secondary to a legionella infection. The patient underwent mechanical invasive ventilation with favorable initial outcome. The patient presented an awakening delay. A cerebral scan was performed showing low density regions within the white matter. MRI scan was carried out showing ADEM lesions. CSF was normal. Other differential diagnoses were ruled out. Corticotherapy was initiated with no improvement. An immunoglobulin course was suggested, but the patient presented a Steven-Johnson syndrome. Several infectious events were diagnosed, with no response to adequate antibiotherapy, leading to patient's death.

Conclusion : The absence of specific biomarkers as well as the heterogeneity of the clinical presentation of ADEM presents a major challenge. Multidisciplinary management (clinicians and radiologists) is key to early diagnosis and treatment.

P 117 LE SYNDROME GUILLAIN-BARRÉ EN RÉANIMATION : ÉTUDE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

Emna Rachdi : Réanimation médicale Abderrahman Mami.
R.MESSAOUDI : Réanimation médicale Abderrahman Mami.
F.JARRAYA : Réanimation médicale Abderrahman Mami.
N.BEN MRAD : Réanimation médicale Abderrahman Mami.
S.AYED : Réanimation médicale Abderrahman Mami.
M.BESBES : Réanimation médicale Abderrahman Mami.
A.JAMOUSSI : Réanimation médicale Abderrahman Mami.
J.BEN KHELIL : Réanimation médicale Abderrahman Mami.

Introduction : Le syndrome du Guillain-Barré (SGB) est une maladie auto-immune rare qui peut entraîner des conséquences graves et potentiellement mortelles.

Objectif : L'objectif de ce travail était de déterminer les caractéristiques épidémiologiques des patients atteints du syndrome du Guillain-Barré hospitalisés en unité de soins intensifs et d'en déterminer le pronostic.

Méthode : Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive et monocentrique menée au service de réanimation médicale entre Avril 2010 et Janvier 2023. Nous avons inclus tous les malades âgés de plus de 18 ans atteints par le syndrome du Guillain-Barré confirmé par un électromyogramme et une ponction lombaire.

Résultat : Au cours de la période d'étude, 5630 patients étaient hospitalisés, parmi lesquels 11 avaient un SGB, soit une incidence de 0,19. Le Sex-ratio était de 1,75, avec un âge moyen de $50,6 \pm 26,8$ ans. Les Comorbidités les plus fréquentes étaient l'HTA et le diabète. Les moyennes des scores de gravité calculés à l'admission étaient un IGSII à 42[12-81], et l'APACHE II de 15[4-40]. Les motifs d'admission en réanimation étaient une insuffisance respiratoire aiguë chez 9 patients, un cas de déficit moteur et un coma chez un patient. La durée de progression de la maladie avant l'admission était d'au moins 4 semaines. La symptomatologie était faite d'une atteinte musculaire, dont 9 avaient présenté des troubles de la déglutition. Le début de ces symptômes par rapport à la première consultation avait une médiane de 5 jours et leurs délais par rapport à l'hospitalisation en réanimation variaient de 6 à 23 jours, avec une médiane de 11 jours. Une PL a été faite chez tous les malades avait montré une dissociation albuminocytologique chez 9 patients, les 2 autres PL étaient non concluantes. L'EMG était pathologique chez tous les malades. L'étiologie infectieuse était prédominante (chez 10 malades) 2 cas de mycoplasme pneumonie, 2 cas d'infection à CMV, et 2 à Covid-19. La prise en charge thérapeutique s'est basée sur l'administration d'Immunoglobuline IV chez 10 patients et un seul patient a bénéficié d'une cure d'échanges plasmatiques. On a eu recours à l'intubation oro-trachéale chez 9 malades pour une détresse respiratoire et/ou neurologique avec un délai par rapport à l'admission de 3 jours. La durée de séjour médiane était de 17 jours ; 3 patients étaient décédés.

Conclusion : Les caractéristiques sociodémographiques et cliniques de notre population semblent similaires à ceux rapportés dans la littérature. Le pronostic est déterminé par la gravité de l'atteinte respiratoire.

P 118 EVALUATION ET GESTION DES ACSOS EN NEURO TRAUMATISME DANS LES PREMIÈRES 24 HEURES.

Mouna Djerbi : Urgences et SAMU 04 CHU HABIB BOURGUIBA SFAX.
GHARBI EMNA : Urgences et SAMU CHU HABIB BOURGUIBA SFAX.
TRIFA FATMA : Urgences et SAMU CHU HABIB BOURGUIBA SFAX.
AFFES HOUSSEM : Urgences et SAMU CHU HABIB BOURGUIBA SFAX.
KAMMOUN LEILA : Urgences et SAMU CHU HABIB BOURGUIBA SFAX.
CHAARI ADEL : Urgences et SAMU 04 CHU HABIB BOURGUIBA SFAX.
Rekik noureddine : Urgences et SAMU 04 CHU HABIB BOURGUIBA SFAX.

Introduction : L'instabilité du patient cérébrolésé en phase aiguë implique une grande réactivité, une évaluation et gestion adéquate et immédiate de ces d'agressions cérébrales secondaires d'origine systémique.

Objectif : Décrire l'évaluation et la gestion des agressions cérébrales secondaires d'origine systémique chez les traumatisés crâniens graves dans les premières 24 heures.

Méthode : C'est une étude descriptive observationnelle menée sur une période de 17 mois incluant les traumatisés crâniens grave intubés admis aux services des urgences et SAMU de Sfax. Nous avons collecté les données cliniques, para cliniques permettant de détecter les agressions cérébrales secondaires d'origine systémique ainsi que les modalités de gestion thérapeutique

Résultat : Nous avons colligés 84 patients. L'âge moyen a été de 42.21 ans $\pm$ 18 ans avec une nette prédominance masculine (sex- ratio = 9.52). Des lésions cranio-encéphaliques ont été retenus chez 89.3% de la population (n=75). Les lésions retrouvées ont été dominées par les contusions cérébrales (28,57% ; n=24), l'hémorragie méningée (61.9% n=52), l'hématome sous dural (n=40, 47.3%) et l'hématome extra dural (29.8%, n=25). A l'admission, un tiers des patients (36.9%) avaient une pression artérielle moyenne inférieure à 90 mm Hg. La noradrénaline (41.7% ; n=35) a été imposée après un délai moyen de l'admission de deux heures $\pm$ 1 h. La gazométrie initiale a montré un PH acide inférieur ou égale à 7,35 mm Hg chez 29.76%(n=25) de la population. Ce PH acide a été nettement amélioré au bout de 12 heures persistant uniquement dans 3,7% (n=4) des cas. La valeur de PaO2 inférieure à 60 mm Hg a été retrouvée chez 10,7%(n=9) des patients. Une hypercapnie supérieure à 40 mm Hg a été observée initialement chez 83.33% des traumatisés. Un taux de bicarbonate HCO3- inférieur ou égal à 22mmol/l a été objectivé dans un quart des cas (26.19% ; n=22). Une anémie a été observée chez 5.9% des patients (n=5) et a été encore présentes avec le même pourcentage à H6 et à H12. Une thrombopénie a été présente chez 2,38%(n=2). Les produits sanguins labiles transfusés ont été répartis majoritairement vers les culots de globules rouges (22.6% ; n=19) et les plasmas frais congelés (25% ; n=21) suivis par la transfusion de plaquette (4.8% ; n=4). L'acide tranexamique a été utilisé chez 22 patients (26.2%). Une hyper glycémie supérieure à 1.8 g/l a été noté chez 64 patients (76.19%). Une hyponatrémie (Na+ < 135mmol/l) a été retrouvé chez 20.2% des victimes (n=17). Pour les patients qui ont été en hypothermie (n=9), un réchauffement par des méthodes mécaniques a été fait.

Conclusion : Le dépistage et la correction des ACSOS sont impératifs pour évaluer et stabiliser un TC grave.

P 119 MOYAMOYA DISEASE: A CASE REPORT OF A RARE CAUSE OF FATAL INTRAVENTRICULAR HEMORRHAGE

K.Attia: Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
D.Ben Braiek : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
Y.Ben Ali : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
S.Bel Haj Youssef : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
N.Boukadida : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
H.Sfar : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
A.Kacem : Pulmonology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
R.Ben Jazia : Pulmonology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
J.Ayachi : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

Introduction : Moyamoya disease is a rare vaso-occlusive disease in the circle of Willis leading to either ischemic or hemorrhagic stroke. We present a case of fatal intraventricular hemorrhage as a manifestation of Moyamoya disease in a patient with unexplored chronic headaches.

Cas clinique : A 57-year-old female patient, with a medical history of ischemic stroke 15 years ago and chronic unexplored headaches, presented to the emergency department with severe headaches followed by vomiting and a subsequent alteration of consciousness. At examination, she had a Glasgow Coma Scale of 3/15, pupils reacted sluggishly to light, oxygen saturation of 80% on room air, and blood pressure of 130/70 mmHg. There was no history of trauma, focal neurological signs, toxic exposure, or metabolic disturbances. The cerebral CT scan revealed: diffuse cerebral edema with a left-sided intracerebral hematoma measuring 74 x 32 mm, ventricular and meningeal hemorrhage, occlusion of the internal carotid arteries and their branches, leading to the formation of collateral vessels ("puff of smoke" appearance) raising the diagnosis of Moyamoya disease. The patient was intubated, ventilated, and sedated to maintain airway protection and reduce intracranial pressure. The patient was evaluated by neurosurgeons, and based on her clinical and radiologic state, she was considered a poor candidate for urgent surgery. During the ICU stay, she presented an atelectasis on the left lung managed with changing position and elevated positive end-expiratory pressure, a severe hyponatremia of 164 mmol/L due to central diabetes insipidus treated with desmopressin and a urinary tract infection treated with cefotaxim. Despite medical measures, the patient's condition deteriorated, leading to cerebral herniation and brain death five days after admission.

Conclusion : This case emphasizes the challenges in managing patients with Moyamoya disease and the potential for catastrophic events despite appropriate medical interventions. Timely diagnosis and intervention are crucial in preventing complications associated with Moyamoya disease and improving patient outcomes.

P 120 COMA NON TRAUMATIQUE DU SUJET AGE EN MILIEU DE REANIMATION : CARACTERISTIQUES EPIDEMIO-CLINIQUES ET EVOLUTIVES

H.Ben Ali : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte.

I.Klai : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte.

J.Guissouma : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte.

F.Z.Gamara : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte.

I.Trabelsi : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte.

H.Allouche : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte.

H.Brahmi : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte.

M.Samet : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte.

H.Ghadhoune : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte.

Introduction : Le coma non traumatique (CNT) est une urgence médicale, relativement fréquente dont les différents aspects restent encore obscurs du fait de grande variété de pathologies affectant le système nerveux central. Elle représente un défi fréquent en réanimation avec une morbi-mortalité élevée.

Objectif : Le but de cette étude était de décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et évolutives des sujets âgés (SA) admis en réanimation pour prise en charge d'un CNT.

Méthode : Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive étalée sur 9 ans (2014 - 2022) incluant les SA dont l'âge est supérieur ou égal à 65 ans (Selon l'Organisation Mondiale de la Santé) ; admis en réanimation médicale pour CNT. L'analyse statistique était réalisée au moyen du logiciel SPSS 23.

Résultat : Pendant la période d'étude, on a compté 80 cas de CNT parmi 371 admissions de SA, soit une incidence de 21%. L'âge moyen était de 75 ± 7 ans avec un genre-ratio de 1,7. Soixante-six patients (82,5%) avaient au moins deux comorbidités ; dont principalement les antécédents cardiovasculaires (69 cas soit 86%), le diabète (48 cas soit 60%) et l'accident vasculaire cérébral (AVC) (29 cas soit 36,25%). Le score de Glasgow (GCS) moyen était 6 ± 4 . Quarante patients (50%) avaient un GCS à 3, 14 (17%) présentaient des signes de localisation et 7 (9%) avaient un syndrome méningé. Par ailleurs, sept patients (9%) avaient un état de choc (EDC) et 37 (46%) étaient en détresse respiratoire. Les scores IGSII et APACHEII moyens étaient respectivement 54 ± 24 et 24 ± 10 . Une tomodensitométrie cérébrale en urgence était réalisée chez 59 patients (74%). Les étiologies retenues sont résumées dans le tableau 1. La ventilation invasive (VI) était indiquée dans 68 cas (85%). Certaines complications étaient notées au cours de l'évolution : EDC dans 46 cas (57,5%), les infections nosocomiales dans 27 cas (34%) et SDRA dans 23 cas (29%). La durée moyenne du séjour était de 13 ± 17 jours. La mortalité était de 81%. En analyse univariée l'ATCD d'AVC ($p=0,001$), l'IGS II ($p<10^{-3}$), l'APACHE II ($p<10^{-3}$), le GCS ($p=0,002$), le recours à la VI ($p<10^{-3}$) ainsi que la survenue d'EDC ($p=0,030$) étaient les facteurs prédictifs de mortalité. Tandis qu'en analyse multivariée, l'ATCD d'AVC ($p=0,021$) était l'unique facteur indépendant de la mortalité.

Conclusion : Le CNT du SA est fréquent en réanimation avec mortalité élevée. Les étiologies sont multiples. Le pronostic dépend de la gravité clinique initiale et des complications évolutives. Ceci implique prise en charge optimale tant à l'admission qu'au long de l'hospitalisation.

Tableau 1 : Les diagnostics retenus :

ETIOLOGIES		N (%)
Causes organiques	AVC ischémique	21 (26)
	AVC hémorragique	15 (19)
	Etat de mal épileptique	10 (13)
	Méningoencéphalite Herpétique	6 (7)
	Méningite bactérienne	3 (4)
Causes métaboliques	Encéphalopathie hypoxique	11 (14)
	Encéphalopathie septique	6 (7)
	Coma hypercapnique	5 (6)
	Intoxication	3 (4)
Total		80 (100)

P 121 CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES ET ÉVOLUTIVES DES PATIENTS ADMIS POUR COMA EN RÉANIMATION

Ikram Ben Braiek : Réanimation médicale Rabta.

Linda Messaoud : Réanimation médicale Rabta.

Emna Hammas : Réanimation médicale Rabta.

Ons Ellouze : Réanimation médicale Rabta.

Asma Mahdi : Réanimation médicale Rabta.

Eya Seghir : Réanimation médicale Rabta.

Yosr Touil : Réanimation médicale Rabta.

Ahlem Trifi : Réanimation médicale Rabta.

Sami Abdellatif : Réanimation médicale Rabta.

Introduction : Le coma est défini par une perte prolongée plus ou moins totale de la conscience et de la vigilance. Il résulte d'une souffrance cérébrale globale ou d'une lésion structurale intéressant la structure réticulée activatrice ascendante. Il s'agit d'une urgence diagnostique et thérapeutique nécessitant l'hospitalisation en milieu de soins intensifs.

Objectif : L'objectif de notre étude était de décrire les caractéristiques cliniques et évolutives des patients admis pour coma en réanimation.

Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et monocentrique incluant les patients adultes admis au service de réanimation du 1^{er} janvier 2022 au 31 août 2023. Ont été recueillies les données démographiques, cliniques et évolutives de tous les patients inclus.

Résultat : Quarante et un patients ont été inclus d'âge médian à 54 ans et d'un genre ratio à 2,05. Le coma représente 34% des admissions en réanimation durant la période de l'étude. Les étiologies principales étaient : vasculaire (36%), infectieuse (36%) suivi de coma métabolique (7%) puis toxique dans 5% des cas. Les comorbidités les plus fréquentes étaient : l'hypertension artérielle (34%), le diabète (27%), l'immunodépression (12%) et l'accident vasculaire cérébral (7%). Les moyennes des scores de gravité IGSII et APACHE II étaient respectivement de 38 ± 19 et 14 ± 8 . Tous nos patients ont nécessité la ventilation mécanique invasive dont 16 (39%) ont été extubés avec succès après une durée médiane de ventilation de 5 jours. Les complications neurologiques présentées par nos patients, incluent l'apparition d'un accident vasculaire cérébral (17%), un œdème cérébral (15%), un engagement cérébral (10%), une hydrocéphalie (10%), une transformation hémorragique (5%) et un cas de myélinolyse centropontine. L'état de choc septique a été observé chez 32% de la population. Trois patients soit 7% de la population ont présenté une mort encéphalique confirmée par un angioscanner cérébral. Le taux de mortalité était de 46% et la durée de séjour moyenne était de 11 ± 7 jours avec des extrémités allant de 2 à 28 jours.

Conclusion : Le coma constitue un motif fréquent d'hospitalisation en réanimation (34%), du essentiellement à une origine vasculaire et infectieuse et induit une mortalité élevée à 46%, d'où la nécessité d'un diagnostic et prise en charge précoces.

P 122 FAVORABLE OUTCOME OF A SERIOUS HEMORRHAGIC STROKE UNDER CONSERVATIVE MANAGEMENT AND INTENSIVE THERAPY: A FACT AND NOT A FICTION.

Abdelkader Mellek : Réanimation Médicale CHU Sahloul.
Rafia Ben Dabebiss : Réanimation Médicale CHU Sahloul.
Amira Hmaidi : Réanimation Médicale CHU Sahloul.
Hajer Yahyaoui : Réanimation Médicale CHU Sahloul.
Abir Chihaoui : Réanimation Médicale CHU Sahloul.
Salma Chouchene : Réanimation Médicale CHU Sahloul.
Houssein Hmouda : Réanimation Médicale CHU Sahloul.

Introduction : There is a common belief among practitioners that hemorrhagic stroke is “always” fatal especially if a surgical procedure cannot be performed, but a more accurate adverb would be “not always” fatal as a few cases can improve with intensive management.

Cas clinique : A 76-year-old woman was admitted to Neurology Ward because of dysarthria, and confusional state (GSC of 14/15). Initial brain CT scan showed a deep right capsulo-lenticular hematoma measuring 30*33mm. On the 3rd day in neurology Ward, the patient went into coma (SG=7/15). Brain CT showed an increased size of the hematoma, with surrounding brain swelling, and a 5 mm midline shift, as well as a collapse of the right lateral ventricle. The patient was transferred to the ICU. The initial exam in the ICU revealed a GCS of 9/15, and left sided hemiplegia. She was in stable respiratory and hemodynamic conditions, and cough reflex was preserved. The decision was to not intubate the patient, and to continue non-invasive and conservative management that consisted in trans-glottic suctioning, lateral side positioning, intensive chest physiotherapy, recruitment maneuvers by alternating NIV and high flow nasal oxygen therapy, early passive mobilization and prompt thromboembolic prophylaxis, as well as close monitoring of vital signs.

Early endoscopic gastrostomy was performed because of swallowing problems. It was highly effective in preventing aspiration pneumonia. The outcome was favorable after 25 days of intensive therapy and monitoring in ICU. The GCS progressed from 9 to 15/15. The patient regained the ability to speak, to sense and to move with help because of persistent left sided hemiparesis. She went back home within one month of ICU stay after performing a control Brain CT which showed resorption of the hematoma, regression of the swelling and the midline shift.

Conclusion : Despite being in most cases fatal, there are some cases of serious hemorrhagic strokes that can be managed with conservative procedures, intensive therapy, careful and close monitoring, as the main factors of worsening in these patients are iatrogenic.

P 123 PARKINSONISM-HYPERPYREXIA SYNDROME MIMICKING CEREBROVASCULAR ACCIDENT

O.Saadaoui : Réanimation médicale CHU fattouma bourguiba MONASTIR.
M. Lahmar : Réanimation médicale CHU fattouma bourguiba MONASTIR.
W.Ben Maria : Réanimation médicale CHU fattouma bourguiba MONASTIR.
I.Maataouk : Réanimation médicale CHU fattouma bourguiba MONASTIR.
A.Yacoub : Réanimation médicale CHU fattouma bourguiba MONASTIR.
W.Nouira : Réanimation médicale CHU fattouma bourguiba MONASTIR.
S.Ben Abdallah : Réanimation médicale CHU fattouma bourguiba MONASTIR.
Z.Hammouda : Réanimation médicale HU fattouma bourguiba MONASTIR.
F. Dachraoui : Réanimation médicale HU fattouma bourguiba MONASTIR.
L.Ouanes Besbes : Réanimation médicale HU fattouma bourguiba MONASTIR.

Introduction : People with Parkinson’s disease may develop acute complications, sometimes unexpectedly, and require urgent medical intervention. Our aim is to describe a case of Parkinsonism-hyperpyrexia syndrome (PHS) otherwise known as neuroleptic malignant-like syndrome or akinetic crisis that is a rare but potentially life-threatening complication

Cas clinique : A 76 year-old female patient presented to the emergency department for altered state of consciousness and fever since 2 days. Her past medical history was significant for Paroxysmal atrial fibrillation and Parkinson’s disease (PD) treated with levodopa.

Upon admission to the emergency department, her physical examination showed a fluctuating neurological state, deviation of the labial commissure and fever. Cerebrovascular accident was suspected. CT scan and magnetic resonance imaging of the brain were performed showed cortical atrophy with no other abnormalities. She was hospitalized in

the intensive care unit. The clinical examination revealed a left hemiparesis, generalized rigidity, In addition to the above mentioned signs, stable respiratory state, blood pressure of 150/60mmHg and high level of blood sugar. As a note, the family reports that One week prior to presentation to emergency department she missed her doses of antiparkinsonian medication. On investigation, her serum Creatine Kinase (CK) level was raised at 2636 IU/L. Liver function test, renal function test, blood culture did not reveal any abnormality. Parkinsonism-hyperpyrexia syndrome was suspected. Treatment with levodopa was initiated. By the end of 7 days of reinstitution of antiparkinsonian medication, she recovered completely. She was discharged in an improved state from the hospital

Conclusion : PHS is a rare and potentially fatal disease that occurs in parkinsonian patients and should be considered in the event of any worsening of symptoms in a parkinsonian patient. Once the diagnosis of PHS has been made, the cornerstone of treatment is the reintroduction of medication

P 124 CLINICAL FEATURE AND OUTCOME OF ACUTE STROKE IN CRITICALLY ILL PATIENTS

Allouche.H : Réanimation médicale Hôpital Habib Bougatfa de Bizerte.

Ben Hassine.H : Réanimation médicale Hôpital Habib Bougatfa de Bizerte.

Guissouma.J : Réanimation médicale Hôpital Habib Bougatfa de Bizerte.

Gamara.FE : Réanimation médicale Hôpital Habib Bougatfa de Bizerte.

Trabelsi.I : Réanimation médicale Hôpital Habib Bougatfa de Bizerte.

Benali.H : Réanimation médicale Hôpital Habib Bougatfa de Bizerte.

Samet.M : Réanimation médicale Hôpital Habib Bougatfa de Bizerte.

Brahmi.H : Réanimation médicale Hôpital Habib Bougatfa de Bizerte.

Ghadhoune.H : Réanimation médicale Hôpital Habib Bougatfa de Bizerte.

Introduction : Acute stroke is a life-threatening neurological emergency with relatively high morbidity and mortality. Identifying clinical features and outcome patterns holds the potential to significantly enhance the management and prognosis of this condition.

Objectif : In this study, we aimed to describe the clinical features and outcomes of patients admitted to ICU for acute stroke.

Méthode : This is a retrospective observational study conducted in medical intensive care unit over ten years from January 2014 to August 2023. All consecutive patients admitted for an ischemic or hemorrhagic stroke were included. Patients with missing key data for analysis were excluded. Baseline clinical characteristics and demographics were collected. We recorded details of therapeutic management, ICU stay course and outcomes. All data was managed using SPSS V26.0.

Résultat : During the study period, 36 patients were included. They were mainly males with a sex ratio of 2 and a median age of 74 [68-79]. Major comorbidities were hypertension 67% (n=24), followed by diabetes 53% (n=19), COPD 19% (n=7) and chronic kidney failure 11% (n=4). On admission, patients had a severe presentation with a SAPS II at 56 [30-81], APACHE II at 24 [14-35] and a SOFA score at 9 [7-11]. Ischemic stroke was predominant with 58% of cases (n=21). Diagnosis was based on brain CT-scan in 92%.

Regarding respiratory management, the majority of patients 86% (n=31) required invasive mechanical ventilation, of whom 9 patients underwent tracheostomy. During the ICU stay, 42% had developed septic shock, 14% had a urinary tract infection and 36% of intubated patients had developed ventilation-acquired pneumonia. Acute kidney injury with hemodialysis occurred in 17% of patients. About 25% (n=9) had developed pressure ulcers. Blood transfusion was decided in 11% of the cohort. For nutritional management, patients were mostly fed through the enteral route 50% while 30% had received exclusive parenteral nutrition. Overall mortality was at 69% (n=25) with a median length of ICU stay of 5 [2-17] days. **Conclusion :** Critically ill patients with acute stroke have a severe presentation with challenging management. The mortality rate remains high which may be due to the systemic illness severity, in one hand, and to the limited resources in low-middle income country in the other hand.

P 125 LES FACTEURS PRÉDICTIFS DE MORTALITÉ DES ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX AUX URGENCES

Manel KALLEL : Service des urgences hôpital Mahmoud El Matri Ariana.
Ghada Khediri : Service des urgences hôpital Mahmoud El Matri.
Rym Sniha : Service des urgences Hôpital Mahmoud el Matri Ariana.
Emna Rezgui : Service des urgences hôpital Mahmoud El Matri.
Sonia AISSA : Service des urgences hôpital Mahmoud El Matri.
Khedija Zaouche : Service des urgences hôpital Mahmoud el Matri Ariana.

Introduction : L'incidence et la prévalence des accidents vasculaires cérébraux (AVC) accusent une augmentation depuis quelques années. L'accident vasculaire cérébral est une pathologie fréquente au niveau des urgences, grevée d'une mortalité importante.

Objectif : L'objectif de notre étude était d'étudier le profil épidémiologique-clinique des patients admis pour un AVC et évaluer leur mortalité.

Méthode : Il s'agissait d'une étude rétrospective menée sur six mois. Nous avons inclus les patients adultes présentant des signes neurologiques systématisés d'installation brutale évocateurs d'AVC. Un recueil des paramètres épidémiologiques-cliniques, et scannographiques a été réalisé. Les facteurs prédictifs de mortalité intra-hospitalière ont été relevés.

Résultat : Nous avons inclus 50 patients avec un âge moyen à 64 ± 12 ans et un Sex-ratio à 1,17. Les Comorbidités n (%) : l'hypertension artérielle était la morbidité la plus fréquente 24 (48), suivi par le diabète 23 (46), les antécédents d'AVC 14 (30), la dyslipidémie 9 (18), le tabagisme 5 (10) et la fibrillation auriculaire 9 (18%). La majorité des accidents vasculaires cérébraux survenaient le matin 52%, suivi par le soir (18%) et l'après-midi (14%). La présentation clinique était une hémiparésie chez 31 (62) patients dont 16(51) était de côté gauche et 13(41) de côté droit, une aphasie chez 31 (62) et une paralysie faciale chez 21 (42) des cas. Le score de Glasgow moyen = 13 ± 2 . On a retenu le diagnostic d'AVC ischémique chez 39(78%) patients et d'AVC hémorragique dans 11(22) cas. Le scanner cérébral était contributif dans 35(70) cas. Le taux de mortalité intra-hospitalière était estimé à 8%. A l'étude univariée, Les patients qui ont présenté une crise convulsive (OR=7 ; IC95% [10,2 ; 19,1] ; $p=0,027$), les patients sous antivitamine K (OR=7,06 ; IC95% [1,62 ; 30,2] ; $p=0,039$), un score de Glasgow initial ≤ 11 (OR=14 ; IC95% [1,4 ; 17] ; $p=0,006$) étaient retrouvés comme des facteurs indépendants prédictifs de la mortalité intra-hospitalière.

Conclusion : L'AVC représente un véritable fléau sur le plan médical, social et économique. Il serait judicieux d'établir des structures spécialisées dans le service d'urgence et harmoniser la filière de prise en charge à la phase pré et intra hospitalière afin d'améliorer le pronostic et réduire la mortalité.

P 126 A CASE OF ISCHEMIC STROKE DUE TO POLYCYTHEMIA VERA

Belaid M : Des urgences hôpital Charles Nicolle.
Jendoubi A : Des urgences hôpital Charles Nicolle.
Othmani S : Des urgences Charles Nicolle.
Mouelhi N : Des urgences Charles Nicolle.
Jemai M : Des urgences Charles Nicolle.
Jouini S : Des urgences Charles Nicolle.

Introduction : Introduction: Hematological diseases are seldom found as the etiology of ischemic strokes, but are frequently investigated by expensive laboratory tests after a first cerebral vascular event. Polycythemia vera (PV) is a disease of stem cells characterized by pan hyperplastic, malignant, and neoplastic bone marrow conditions. It is characterized by an increased absolute red blood cell count due to uncontrolled red blood cell synthesis, as well as excessive white blood cell and platelet production. Although the relationship between PV and stroke, especially ischemic stroke, is widely known around the world, no previous cases have been reported from Tunisia.

Cas clinique : Case presentation: We reported the case of 27-year-old man with a history of non-treated polycythemia vera, presented to the emergency department with a dizziness and walking disorder. Initial vital signs revealed an apyrexia, a stable hemodynamic and respiratory state. Neurological examination noted a dysarthria, a left-side lower limb paresthesia and hypoaesthesia, instable gait, and a deep tendon reflex hyperreflexia. Brain scan was normal, Magnetic Resonance Imaging (MRI) showed an area of acute right latero-pontal ischemic lesion. Cardiac studies including Carotid Doppler, and Trans esophageal echocardiogram were normal. Labs were notable for persistently elevated hemoglobin (18,5mg/dl), hematocrit (60,2%), leukocyte (19380 ele/mm^3) and platelet count (826000 ele/mm^3). Hydroxyurea and aspirin were initiated as well as a blood withdrawing of 350 ml three times a week until obtaining a normal hematocrit level. After treatment initiation, he had no further complains, his symptoms resolved three days after admission, and he was discharged home.

Conclusion : conclusions: PV as the cause of ischemic stroke is a rare condition but can be encountered in clinical practice, and clinicians should be familiar with this combination.

P 127 PRISE EN CHARGE DES HÉMATOMES SOUS DURAUX CHRONIQUES À L'USI DES URGENCES

N. Masmoudi : Service des urgences et SAMU04 CHU Habib Bourguiba de Sfax.

R. Karray : Service des urgences et SAMU04 CHU Habib Bourguiba de Sfax.

Ktari : Service des urgences et SAMU04 CHU Habib Bourguiba de Sfax.

Affes : Service des urgences et SAMU04 CHU Habib Bourguiba de Sfax.

Salem : Service des urgences et SAMU04 CHU Habib Bourguiba de Sfax.

M. Mallek : Service des urgences et SAMU04 CHU Habib Bourguiba de Sfax.

O. Chakroun : Service des urgences et SAMU04 CHU Habib Bourguiba de Sfax.

L. Kammoun : Service des urgences et SAMU04 CHU Habib Bourguiba de Sfax.

F. Issaoui : Service des urgences et SAMU04 CHU Habib Bourguiba de Sfax.

N. Reikik : Service des urgences et SAMU04 CHU Habib Bourguiba de Sfax.

Introduction : L'HSDC constitue une urgence neurochirurgicale avec une fréquence qui ne cesse pas d'augmenter dans ces dernières décennies à cause du vieillissement de la population. Il fait suite généralement à un traumatisme crânien bénin qui passe souvent inaperçu.

Objectif : L'objectif de travail est d'étudier le profil épidémiologique des patients pris en charge aux urgences pour HSDC.

Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive réalisée au service des urgences du CHU Habib Bourguiba Sfax, sur la période de 1 an allant du novembre 2021 jusqu'à octobre 2022, colligeant tout patient dont le diagnostic d'un HSDC a été posé sur une pièce radiologique.

Résultat : Nous avons inclus 14 patients. L'âge moyen de nos patients était de 69 ans (extrêmes de 53-88 ans). La tranche d'âge [60- 70[était la plus concernée. Sexe ratio H/F est de 1.8, le sexe masculin est atteint dans 64,3%. Le traumatisme crânien était l'étiologie principale (8 patients). Quatre patients étaient sous AVK. L'intervalle libre était de 53 jours en moyenne. Les signes cliniques étaient dominés par un déficit moteur chez 5 patients, des crises convulsives chez 5 patients, des troubles de la conscience chez 3 patients, des troubles de langage chez 2 patients. La TDM cérébrale faisait le diagnostic de l'HSDC de tous les patients, il était unilatéral chez 12 patients (8 à gauche et 4 à droite). L'hématome était de densité mixte chez 11 patients, isodense chez 2 patients et hypodense chez 1 patient avec une épaisseur qui varie entre 6 et 30 mm. Huit de nos patients avaient un HSDC exerçant un effet de masse sur le parenchyme cérébral et 12 patients avaient des saignements d'âges différents. Un traitement symptomatique a été instauré chez tous les patients à base de réhydratation avec une antibioprophylaxie chez 7 patients, vitamine K chez 2 patients, PPSB chez 1 patient, transfusion sanguine chez 3 patients et des antiépileptiques chez 4 patients. Cinq patients ont été sortis contre l'avis médical sans complément de prise en charge. La chirurgie a été effectuée chez 6 patients sous anesthésie générale par trépanation dans 4 cas et craniotomie dans 2 cas. Une récurrence de l'hématome a été notée chez 1 patient. Nous avons enregistré 2 cas de décès.

Conclusion : Cette étude met en évidence l'importance de la réalisation systématique d'une imagerie cérébrale chez le sujet âgé devant tous changements comportementaux et neurologiques.

P 128 ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL PAR OCCLUSION DE L'ARTÈRE DE PERCHERON : A PROPOS DE TROIS CAS

Emna hammas : Réanimation médicale CHU la Rabta.

Eya Seghir : Réanimation médicale CHU la Rabta.

Badis tlili : Réanimation médicale CHU la Rabta.

Oumayma Garci : Réanimation médicale CHU la Rabta.

Lynda Messaoud : Réanimation médicale CHU la Rabta.

Asma Mehdi : Réanimation médicale CHU la Rabta.

Yosr Touil : Réanimation la Rabta CHU la Rabta.

Ahlem Trifi : Réanimation médicale CHU la Rabta.

Sami Abdellatif : Réanimation médicale CHU la Rabta.

Introduction : L'artère de Percheron est une variante anatomique rare de la vascularisation cérébrale touchant le territoire paramédian thalamique en bilatéral. L'occlusion de l'artère de Percheron est responsable d'un accident vasculaire cérébral dont la présentation clinique est polymorphe.

Cas clinique : Nous rapportons une série de 3 cas d'AVC dû à l'occlusion de l'artère de Percheron qui ont été observés sur une période de 18 mois dans notre service. Dans notre série, deux des trois patients étaient de sexe masculin.

Des antécédents cardio- vasculaires ont été identifiés chez deux patients et un était sans antécédents antérieurs. La présentation clinique variait entre les trois cas et est exclusivement neurologique. Le diagnostic de l'AVC de percheron était porté sur l'IRM cérébrale. En effet les trois TDM cérébrales qui étaient pratiquées sans et avec injection étaient sans anomalies significatives. L'évolution était par la suite favorable dans deux cas. L'issue défavorable était en rapport avec les complications de son hospitalisation en réanimation et le patient est décédé d'un état de choc septique réfractaires Nous avons résumé les critères démographiques, cliniques et paracliniques, dans le tableau 1.

Conclusion : L'infarctus thalamique bilatéral par occlusion de l'artère de Percheron est rare. L'errance diagnostique est due au polymorphisme de la symptomatologie clinique. L'intérêt de l'IRM cérébrale est donc déterminant dans ce cas.

	Observation n°1	Observation n°2	Observation n°3
Sexe	Masculin	Masculin	Féminin
Âge	56	62	79
Antécédents	RAS	coronarien stenté	HTA
Tableau clinique	Coma (GCS=7/15), myosis bilatéral	Coma agité avec mydriase bilatérale aréflexique	Altération brutale de l'état de conscience, asymétrie pupillaire, réaction à la stimulation douloureuse à droite, ouverture des yeux à la stimulation, réflexes du tronc présents.
TDM cérébrale	sans anomalies	sans anomalies	sans anomalies
IRM cérébrale	AVC ischémique bithalamique en rapport avec une occlusion de l'artère de Percheron	AVC ischémique dans le territoire de l'artère de Percheron	- AVC sylvien superficiel gauche - AVC dans le territoire de l'artère de percheron avec transformation hémorragique.
Evolution	Reprise d'un état de conscience normal sans déficit neurologique	Absence de réveil à l'arrêt de la sédation, pupilles en position intermédiaire aréflexique, décès	Ptosis de l'oeil gauche, hémiparésie gauche, sortie à domicile

Tableau 1 : Résumé des observations d'occlusion de l'artère de Percheron.

P 129 A BITHALAMIC INFARCTION UNMASKED AN ATYPICAL PERCHERON ARTERY VARIANT AND A PATENT FORAMEN OVALE

S. Ben Ali : Department of Anesthesiology and Critical Care Military Hospital of Tunis.
S. Mahdoui : Department of Anesthesiology and Critical Care Military Hospital of Tunis.
K. Agrebi : Department of Anesthesiology and Critical Care Military Hospital of Tunis.
MA. Ben Abidine : Department of Anesthesiology and Critical Care Military Hospital of Tunis.
I. Amri : Department of Anesthesiology and Critical Care Military Hospital of Tunis.
M. Zakraoui : Department of Anesthesiology and Critical Care Military Hospital of Tunis.
S. Boughariou : Department of Anesthesiology and Critical Care Military Hospital of Tunis.
A. Rebaï : Department of Anesthesiology and Critical Care Military Hospital of Tunis.
W. Sellami : Department of Anesthesiology and Critical Care Military Hospital of Tunis.
W. Samoud : Department of Anesthesiology and Critical Care Military Hospital of Tunis.
Z. Hajjej : Department of Anesthesiology and Critical Care Military Hospital of Tunis.
H. Gharsallah : Department of Anesthesiology and Critical Care Military Hospital of Tunis.
I. Labbene : Department of Anesthesiology and Critical Care Military Hospital of Tunis.
M. Ferjani : Department of Anesthesiology and Critical Care Military Hospital of Tunis.

Introduction : The artery of Percheron (AOP), a variant of normal anatomy, supplies both thalami. Its occlusion lead to a rare condition, bithalamic ischemic stroke. Diagnosis is challenging due to atypical clinical presentation often mimicking other conditions with normal initial radiological findings.

Cas clinique : We present the case of a 64-year-old male with untreated hypertension and diabetes mellitus, who experienced a transient ischemic attack seven years prior. He presented to a regional hospital with altered consciousness (Glasgow Coma Scale: 8/15), bilateral myosis, and stable hemodynamics. His blood glucose level was elevated at 3.5g/L. Initial head CT scan revealed no abnormalities. Subsequently, 7 hours after the initial clinical presentation, the patient was transferred to our intensive care unit for further assessment and was intubated. Subsequent magnetic resonance imaging (MRI) revealed a bithalamic stroke, attributed to occlusion of the AOP. We conducted an etiologic investigation of the ischemic stroke: Supra-aortic trunk Doppler ultrasound yielded normal findings, while 24-hour Holter monitoring showed no abnormalities in rhythm. Transesophageal echocardiography demonstrated normal

left ventricular function and an empty left atrial appendage. Nevertheless, an agitated saline contrast test identified the presence of a patent foramen ovale (PFO). To further substantiate our assessment, we performed transcranial Doppler study, confirming the characteristic sign of PFO by visualising high intensity transient signals (HITS). Upon identifying the PFO, we conducted a lower extremity doppler ultrasound and a thoracic CT scan, both of which returned negative results. The patient's clinical course was characterized by neurological improvement, culminating in extubation on day 18, albeit with residual psychomotor slowing as a sequela. Plasma levels of thyroid hormones and cortisol were within the normal range.

Conclusion : AOP infarcts present with normal initial radiological scans. Symptoms vary including altered consciousness without localizing signs. Early-hour brain MRI is the preferred diagnostic modality, while thorough evaluation of embolic origins is essential in these cases.

P 130 AN ACUTE ISCHEMIC STROKE COMPLICATING AN AORTIC DISSECTION: A CASE REPORT

Sabrine Bradai : Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax.
Rihab Boubtane : Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax.
Nozha Kallel : Radiologie CHU Habib Bourguiba Sfax.
Malek Assaguem : Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax.
Olfa Turki : Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax.
Rania Ammar : Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax.
Kamilia chtara : Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax.
Mabrouk Bahloul : Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax.
Hedy Chelly : Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax.
Mounir Bouaziz : Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba.

Introduction : Acute aortic dissection (AAD) is a life-threatening emergency with a high mortality rate. It is a rare cause of acute ischemic stroke (AIS). Presenting neurological disorders at onset without the typical violent chest pain can easily lead to missed AAD diagnosis and inappropriate treatments. Here, we report a rare case of this fatal combination.

Cas clinique : A 62-year-old woman, with a history of untreated hypertension, presented with a sudden onset of coma and left hemiplegia. The brain magnetic resonance imaging (MRI) showed acute ischemia in occipital and cerebellar bilateral lobes, more marked on the right. She required invasive ventilation and was transferred to our intensive care unit (ICU) for thrombolysis. On admission, she presented hemodynamic instability with blood pressure lability and absent peripheral pulse. The transthoracic echocardiogram (TTE) revealed an AAD Stanford A complicated with tamponade. Computed tomography angiography (CTA) of the chest and abdomen confirmed the intimal flap extending from the ascending aorta reaching up to the left common iliac artery, without any extension to supra-aortic vessels. The high risk of hemorrhage contra-indicated thrombolysis. The patient died of multiorgan failure before any surgical treatment.

Conclusion : Our case highlights the need for thorough physical examination in patients with AIS. It points out the necessity of non-invasive exams especially TTE and supra-aortic trunk echo-Doppler for early diagnosis of ADD.

P 131 RETARD DE RÉVEIL EN REANIMATION

S.Charfi : Réanimation Abderrahmen Mami.
N.Ben Mrad : Réanimation Abderrahmen Mami.
F.Jarraya : Réanimation Abderrahmen Mami.
E.RACHDI : Réanimation Abderrahmen Mami.
S.Ayed : Réanimation Abderrahmen Mami.
A.Jamoussi : Réanimation Abderrahmen Mami.
J.BenKhelil : Réanimation Abderrahmen Mami.

Introduction : Le retard de réveil est défini par l'absence de réveil 48h après l'interruption de la sédation chez les patients admis aux unités de soins intensifs. Il prolonge la durée de séjour et entraîne une surmortalité.

Objectif : Décrire les principales caractéristiques démographiques, cliniques, paracliniques et évolutives des patients présentant un retard de réveil en soins intensifs.

Méthode : Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive sur une période de 16 mois (Avril 2022 jusqu'à fin août 2023) qui s'est déroulée dans une unité de réanimation. Ont été inclus les patients intubés, sédatisés et ayant présenté un retard de réveil. Les données démographiques, cliniques, paracliniques et évolutives de ces patients ont été collectés et analysés.

Résultat : Durant la période de l'étude 214 patients ont nécessité une sédation, trente-quatre patients (16%) ont présenté un retard de réveil et ont été inclus. Chez les patients ayant présenté un retard de réveil : l'âge moyen était de 64 ± 20 ans et le genre-ratio (H/F) était de 2,4. Les moyennes des scores IGSII et APACHEII étaient respectivement de 50 ± 21 et de 16 ± 9 . Des antécédents neurologiques étaient présents chez 9 patients. À l'admission, 41% des patients étaient comateux. La durée médiane de la ventilation mécanique invasive était de 9 jours avec une tentative initiale d'arrêt au bout de 3 jours en moyenne. Le Midazolam et le Fentanyl étaient les plus utilisés dans respectivement 97% et 100% des cas. Tous les patients ont bénéficié d'un scanner cérébral en moyenne 2 jours après arrêt de la sédation dont 6 avaient des anomalies. Il s'agissait d'un AVC ischémique chez 3 patients, d'un œdème cérébral chez 2 patients, d'une hémorragie intracrânienne, d'un processus expansif intracrânien et d'une hydrocéphalie chacune chez un patient. Une Imagerie par résonance magnétique cérébrale a été pratiquée chez 7 patients et un électroencéphalogramme chez 10 patients (5 patients avaient une souffrance cérébrale). Une altération de la fonction rénale a été observée chez 70% des patients et le bilan hépatique était perturbé chez 35% des patients. Finalement 12 patients ont manifesté des signes de réveil dans un délai médian de 2 jours par rapport à l'exploration cérébrale. La cause du retard de réveil était non identifiée dans 82% des cas. Vingt-huit patients sont décédés.

Conclusion : Le retard de réveil est un problème fréquent chez les patients en soins intensifs dont les causes sont souvent non identifiées. Une démarche diagnostique bien élaborée devrait être établie.

P 132 UN SYNDROME CONFUSIONNEL ASSOCIE À DES HALLUCINATIONS SECONDAIRES À LA LEVETIRACETAM: UNE ETUDE CLINIQUE À PROPOS D'UN CAS

D. HOSNI : Urgences hopital charles nicolles tunis.
S. OUEGHI : Urgences hopital charles nicolles tunis.
S. KHABOUCHE : Urgence hopital charles nicolles.
H. HEDHLI : Urgences HCN.
S. OTHMANI : Urgences HCN.
A. ZOUBLI : Urgences HCN.
S.JOUINI : Urgences HCN.

Introduction : Les antiépileptiques comme tout traitement médical peuvent avoir des effets indésirables mais dont certains sont rares et voire exceptionnelles.

Cas clinique : Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 51 ans aux ATCDs d'épilepsie depuis 10 ans admise pour un état de mal épileptique. Son histoire de maladie remonte à quelques semaines suite au changement récent de ces antiépileptiques et sa mise sous Levet, la patiente a présenté des troubles de comportements ce qui a ramené la famille à arrêter son traitement. L'examen clinique initial trouve une patiente stable sur le plan HD et respiratoire ayant présenté un EME nécessitant le recours à son intubation. La GAD était correcte, pas de dysnatrémie ni de dyscalcémie avec une fonction rénale correcte et un syndrome inflammatoire biologique, un scanner cérébral a montré une hypotrophie de l'hémi-cervelet gauche, la patiente était extubée devant l'amélioration avec une bonne reprise de son état neurologique et elle était remise sous Levet ; à J02 elle a commencé à développer des hallucinations visuelles et auditives, on a arrêté le levet et on l'a mis sous un autre traitement anti épileptique avec une bonne évolution.

Conclusion : Les effets indésirables des médicaments sont multiples parfois rares mais le clinicien doit toujours les suspecter.

Theme : Respiratoire

P 133 EXACERBATION SEVERE DE BPCO EN REANIMATION : CARACTERISTIQUES CLINICO-BIOLOGIQUES, ECHOCARDIOGRAPHIQUES ET EVOLUTIVES

A.Mehdi : Réanimation Médicale la Rabta.
L.Ali : Réanimation Médicale la Rabta.
I.Ben Braiek : Réanimation Médicale la Rabta.
O.Ellouze : Réanimation Médicale la Rabta.
E.Seghir : Réanimation Médicale la Rabta.
L.Messaoud : Réanimation Médicale la Rabta.
Y.Touil : Réanimation Médicale la Rabta.
A.Trifi : Réanimation Médicale la Rabta.
S.Abdellatif : Réanimation Médicale la Rabta.

Introduction : L'exacerbation de BPCO est sa complication la plus redoutable avec un impact sur le profil évolutif de la maladie et le cout de soins. Sa prévalence en USI varie de 2 à 19% avec une mortalité intra-hospitalière considérable

Objectif : L'étude du profil clinique, biologique, écho-cardiographique et évolutif des patients admis en USI pour ESBPCO.

Méthode : Une étude rétrospective descriptive et analytique menée au sein du service de réanimation médicale la Rabta sur une période de 5 mois. Ont été inclus les patients adultes admis pour ESBPCO confirmée ou probable. N'ont pas été inclus les BPCO stables (en dehors de toute exacerbation) et l'association d'une autre cause d'insuffisance respiratoire chronique à la BPCO. L'échec de sevrage a été défini chez les malades sous VNI par une dépendance à cette dernière et chez les malades d'emblée intubés par l'échec d'extubation (dans les 48 heures) ou de l'épreuve de ventilation spontanée sur pièce en T.

Résultat : -Au cours de la période d'étude, 30 patients ont été admis dans notre service pour ESBPCO. La BPCO était confirmée dans 73,3% des cas (N=22), majoritairement classée GOLDB (36,7%) avec une ancienneté d'évolution moyenne de 6 ans ± 4.09 . La cause d'exacerbation la plus fréquente était infectieuse (23/30). -A l'admission, la présence de signes de lutte était notée chez 29/30 patients. A la biologie, la capnie et le PH moyens étaient respectivement de 62 ± 23.9 et 7.31 ± 0.1 (Tableau) -A l'ETT faite à l'admission, la fonction VG était conservée. Le TAPSE moyen était de 21 ± 4.4 soit une fonction systolique du VD globalement conservée. Un CPA était présent uniquement chez 4 patients (Tableau). -La ventilation non invasive était le mode ventilatoire majoritairement adoptée (15/30) et une cortico-thérapie systémique était prescrite chez 14 patients. -Le sevrage ventilatoire a été tenté chez 21/30 patients dans un délai de 4 ± 2.06 . L'échec de cette tentative a été noté chez 6/21 (28,6%). Un processus infectieux évolutif était majoritairement rapportée. - En analyse univariée, les facteurs associés à un échec de sevrage étaient : Un GOLD B/C de la pathologie de fond ($p=0.05$) ; la notion d'exacerbations antérieures ($p=0.046$) ; Une hypoxémie initiale (P/F moyen = 281 ± 89 groupe succès Vs 198 ± 91 groupe échec $p=0.039$) ; un PH plus acide à l'admission (7.36 ± 0.08 Vs 7.22 ± 0.09 $p=0.08$). La présence d'un cœur pulmonaire aigu à l'admission n'était pas associée à un plus haut risque d'échec de sevrage ventilatoire ($p=1$).

Conclusion : Le stade évolutif de la pathologie de fond, le degré d'hypoxémie ainsi que la profondeur de l'acidémie à l'admission pourraient contribuer à l'échec de sevrage ventilatoire chez les patients admis en USI pour ESBPCO

Population d'étude (N=30)	
Caractéristiques cliniques	
Age Med IQR	71[68-79]
Genre Ratio	24/6
Délai de consultation Med IQR (heures)	72 [48-168]
SDL N(%)	29 (96)
SpO2 Med IQR (%)	81[73-88]
FR Med IQR (cycles/min)	27 [24-35.2]
Caractéristiques biologiques	
CRP Med IQR	85.5 [70-240]
PH Moy $\pm$ ET	7.31 ± 0.1
PaCO2 Moy $\pm$ ET	62 ± 23.9
PaO2/FiO2	239.9 ± 92.6
Caractéristiques écho-cardiographiques	
PAPS Moy $\pm$ ET	41.09 ± 18
TAPSE Moy $\pm$ ET	21 ± 4.4
Dilatation VD N(%)	9(30)

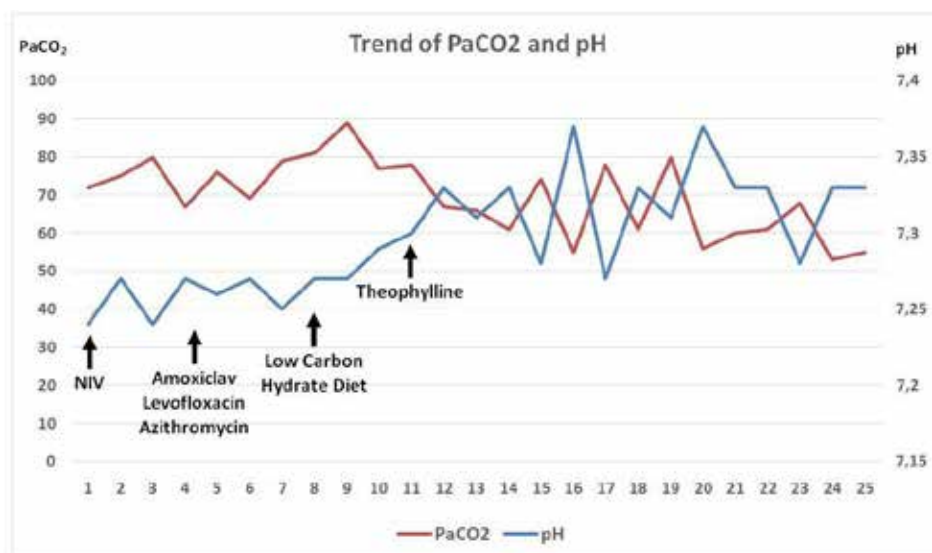
P 134 MANAGEMENT OF OBESITY-HYPOVENTILATION SYNDROME (OHS): A GLOBAL APPROACH IS NEEDED, RATHER THAN A SIMPLE HOME BREATHING DEVICE.

N.Aloui : Service de Réanimation Médicale CHU Sahloul, Sousse.
A.Bannour : Service de Réanimation Médicale CHU Sahloul, Sousse.
R.Ben Dabebiss : Service de Réanimation Médicale CHU Sahloul, Sousse.
A.Mellek : Service de Réanimation Médicale CHU Sahloul, Sousse.
A.Chihaoui : Service de Réanimation Médicale CHU Sahloul, Sousse.
H.Zouari : Service de Réanimation Médicale CHU Sahloul, Sousse.
S.Chouchene : Service de Réanimation Médicale CHU Sahloul, Sousse.
H.Hmouda : Service de Réanimation Médicale CHU Sahloul, Sousse.

Introduction : OHS is a serious health care problem with increased related cardiovascular morbidity. In most cases, management is limited to a simple home breathing device, partially applied, misused or even omitted. A global approach appears to be more relevant.

Cas clinique : A 64-year-old woman was admitted to our medical ICU for hypercapnic acute respiratory failure requiring non-invasive ventilation (NIV). She had a history of ischemic heart disease with LVEF of 40%, morbid obesity, NYHA 3 baseline dyspnea, nocturnal snoring and daytime sleepiness, with passive smoking and exposure to wood smoke. Two days before admission, the patient developed a shortness of breath with arterial desaturation on room air at 85%, polypnea at 26 c/min, fever at 38.5°C. She was admitted in cardiology ward. Echocardiography showed a decreased LVEF at 40%, global hypokinesia, grade 1 mitral regurgitation, systolic PAP at 47 mmHg. The patient was transferred to the medical ICU because of severe respiratory acidosis (pH: 7.28, PaCO₂: 72 mmHg, HCO₃⁻: 34 mmol/L). On admission, she was on 1-liter oxygen via nasal canula, SaO₂ 92%, polypneic at 25 c/min, and had bilateral basal crackles. Blood pressure was 105/75 mmHg, and HR 70 bpm. C-reactive protein was 160 mg/l. Chest X-ray revealed right basal opacity and left basal atelectasis. The patient was started on NIV, 3 sessions per day, alternating with oxygen by nasal canula (1-2 L/min), antibiotic therapy (Amoxiclav, Levofloxacin), anti-ischemic and antihypertensive treatment, preventive anticoagulation, low- carbohydrate diet, oral theophyllin, inhaled salbutamol and beclomethasone. An overlap syndrome (OHS+COPD) was highly suspected. Outcome was favorable, and ABG on discharge was: pH=7.38, PCO₂=49mmHg, HCO₃=29mmol/L, PO₂=81mmHg and SpO₂=96% on room air.

Conclusion : OHS requires a global approach based on pathophysiology including appropriate nutritional intake to reduce CO₂ production, weight loss, adjunctive medications to improve alveolar hypoventilation and strengthen diaphragmatic contractility, as well as prompt treatment of co-morbidities along with ventilatory support.



P 135 LES DÉCOMPENSATIONS DE BRONCHOPNEUMOPATHIE CHRONIQUE OBSTRUCTIVE EN RÉANIMATION PENDANT LA PÉRIODE ESTIVALE : PARTICULARITÉS CLINIQUES ET ÉVOLUTIVES : À PROPOS DE 11 CAS

Bacchouch Najeh : Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba.

Amina hadded : Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba.

Sarra Temani : Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba.

Malek Saguem : Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba.

Ayoub Smaoui : Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba.

Bahloul Mabrouk : Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba.

Hedi chelly : Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba.

Mounir Bouaziz : Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba.

Introduction : La décompensation de BPCO est une urgence diagnostique et thérapeutique imposant l'admission en réanimation. L'incidence des décompensations augmente en hiver période où les infections des voies aériennes supérieures sont plus fréquentes et diminue en période d'été.

Objectif : L'objectif de ce travail est de déterminer les particularités cliniques et évolutives de la décompensation de BPCO pendant la période estivale.

Méthode : Nous avons mené une étude rétrospective descriptive au sein du service de réanimation durant la période estivale Juin, Juillet et Aout 2023. Nous avons collecté les cas des patients admis pour décompensation de BPCO. Les caractéristiques cliniques, épidémiologiques, biologiques, radiologiques et évolutives ont été recueillies.

Résultat : Durant la période d'étude 239 patients ont été admis. Nous avons inclus 11 patients (4,6%). L'âge moyen était 68 ± 11 ans. Tous les patients étaient de sexe masculin. Le SAPS II moyen à l'admission était à 11,7 points et le score SOFA moyen a été de 5,45 point. 45% de la population avaient une HTA, 36,5% un diabète et 18% avaient une insuffisance rénale. 36% des patients étaient sous

VNI à domicile et 27% sous OLD. Quarante-cinq pourcent des patients étaient du groupe C et 36,4% du groupe D. Les causes de décompensations les plus fréquentes étaient la trachéobronchite dans 36,4% des cas, la pneumopathie dans 45,5% et une poussée d'IVG dans 72,2% des cas. Le pH moyen à l'admission était à $7,26 \pm 0,11$, la capnie moyenne à 64 ± 26 mm Hg. L'échographie cardiaque faite chez ces patients a montré une FEVG moyenne à 53% [40%-65%], et une PAPS moyenne à 32,5 mm Hg. La dysfonction diastolique a été notée chez 63,3% des malades et 45,5% des patients avaient une dilatation des cavités droites. La VNI a été utilisée chez 81,8% des patients et le recours à la ventilation mécanique invasive a été noté chez 63,6% des cas. La durée moyenne de ventilation mécanique invasive était de 12 jours [3-32]. La trachéotomie a été pratiquée chez 18,2% des patients. Une insuffisance rénale aiguë était notée chez 72,7% des patients dont 12,5% ont eu recours à l'hémodialyse. Les infections nosocomiales ont été notées chez 36,4% des cas dont 50% s'étaient compliquées d'un syndrome d'activation macrophagique. La mortalité dans notre population était de 54,5%.

Conclusion : La décompensation de BPCO est fréquemment rencontrée en réanimation, associée à une mortalité élevée à court et à long terme. La stratégie thérapeutique est guidée par le degré de gravité ainsi que par l'identification du facteur déclenchant.

P 136 PREDICTIVE FACTORS OF RESPIRATORY ASSISTANCE IN EXACERBATION OF CHRONIC OBSTRUCTIVE BRONCHOPNEUMOPATHY

M.Chroufa : Service des urgences Hôpital La Rabta.

F.Trifa : Service des urgences Hôpital La Rabta.

R.Baccouche : Service des urgences Hôpital La Rabta.

R.Boubaker : Service des urgences Hôpital La Rabta.

A.Mghirbi : Service des urgences Hôpital La Rabta.

H.Maghraoui : Service des urgences Hôpital La Rabta.

Introduction : The chronic obstructive pulmonary disease exacerbation (ECOPD) is a public health problem in terms of morbidity and mortality. The use of respiratory assistance is part of the management of the most serious cases.

Objectif : The aim of our study was to evaluate the predictive factors of the use of respiratory assistance in patients admitted for ECOPD in the emergency department.

Méthode : We conducted a single-center retrospective study from January 2021 to August 2022, including all patients admitted to the emergency room for ECOPD. We compared patients who received non-invasive and/or invasive respiratory assistance and those who did not receive respiratory assistance according to clinical and biological parameters.

Résultat : The study included one 125 patients : 77 patients required respiratory assistance (Group 1 : G1) and 48 didn't required a respiratory assistance (Group 2 : G2).The average age was 67 ± 10 years for G1 versus 67 ± 12 years without a significant difference. A male predominance was noted in our study with comparable ratio man/woman in the two groups (52/25 for group 1 and 31/17 for group 2) with $p=0,1$.High blood pressure was more frequent in G1 with a significant P value(31(40,3%) vs 9 (18,8%), $p=0,018$).Other diseases were noted mainly in G1 without a significant difference. Diabetes : 20(26%) in G1 vs 7(14,6%) in G2 with $p=0,78$; chronic respiratory failure :60 cases(77,9%) in G1 versus 37 cases (77,1%) in G2 with $p=0,69$; chronic heart failure 13 patients (16,9%) in G1 against 5 patients (10,4%) in G2 with $p=0,82$. Signs of respiratory distress were found in 47 patients in G1 (61,8%) against 18 patients in G2 (38%) with a significant $p(0,045)$. A more pronounced respiratory acidosis was noticed in G1 compared with G2 with lower PH (7,26 vs 7,38 with $p=0,01$) and higher capnia (58 ± 20 vs 49 ± 14 with $p=0,016$), The mean oxygen saturation was 80 ± 12 in G1 against 85 ± 9 in G2 with $p=0,015$.

Conclusion : Our study shows that respiratory assistance during ECOPD depends on several factors: hypertension, the presence of signs of respiratory distress, hypercapnia and desaturation, which had a significant impact. A larger scale study is needed to better identify these factors.

P 137 A CASE REPORT ON THE EFFICACY OF HIGH FLOW NASAL CANNULA (HFNC) OVER NIV IN OBESITY HYPOVENTILATION SYNDROME (OHS) AND LITERATURE REVIEW

Chihaoui Abir : Réanimation médicale Hopital Sahloul.

Rafia ben Dabebiss : Réanimation médicale Hopital Sahloul.

Mallek abdelkader : Réanimation médicale hopital Sahloul.

Aloui nada : Réanimation médicale Hopital Sahloul.

Zouari hajer : Réanimation médicale Hopital Sahloul.

Chouchene salma : Réanimation médicale Hopital Sahloul.

Hmmouda houssem : Réanimation médicale Hopital Sahloul.

Introduction : High-flow nasal cannula (HFNC) is being increasingly used for hypercapnic respiratory failure caused by acute exacerbation of COPD and OHS. However, evidence to support the use of HFNC as a first-line intervention for hypercapnic acute respiratory failure is limited.

Cas clinique : A 48-year-old patient, presenting a profile of obesity hypoventilation syndrome (including sleep apnea and a BMI exceeding of 31), was admitted to our medical ICU for hypercapnic acute respiratory failure. This exacerbation resulted from hypertensive acute pulmonary edema, accompanied by respiratory acidosis (pH 7.34; $PCO_2=63$ mmHg ; HCO_3^- 36 mmol/L). During ICU stay, he was started on non-invasive ventilation (NIV). However, his clinical condition deteriorated further with worsening hypercapnia and respiratory acidosis despite appropriate adjustment of ventilatory parameters. Hypercapnia reached 70 mm Hg, and pH decreased to 7.24. Close clinical observation and respiratory monitoring revealed frequent episodes of central apnea during NIV. Furthermore, the patient was intolerant to NIV and to CPAP with poor acceptance of the face mask. Therefore, it was obvious that NIV led to increased hypercapnia and respiratory acidosis. Consequently, the patient was switched to High-Flow Nasal Cannula (HFNC) therapy which yielded to gradual correction of respiratory acidosis with favourable outcome. Concomitantly, a nutritionist was involved for weight loss and low carbon hydrate diet. The patient was transferred to pneumology ward for further investigations after a 7-day ICU stay. His arterial blood gases on room air and acetazolamide therapy at discharge were as follows pH: 7,35, $PaCO_2$: 50 mmHg, HCO_3^- 27 mmol/l, PaO_2 : 75 mmHg.

Conclusion : In the present case, HFNC was more effective in correcting hypercapnic acute respiratory failure than non-invasive ventilation (NIV). Furthermore, a multidisciplinary approach involving intensivists, pneumologists, nutritionists, sleep disorder physiologists is required for optimal management of patients with OHS.

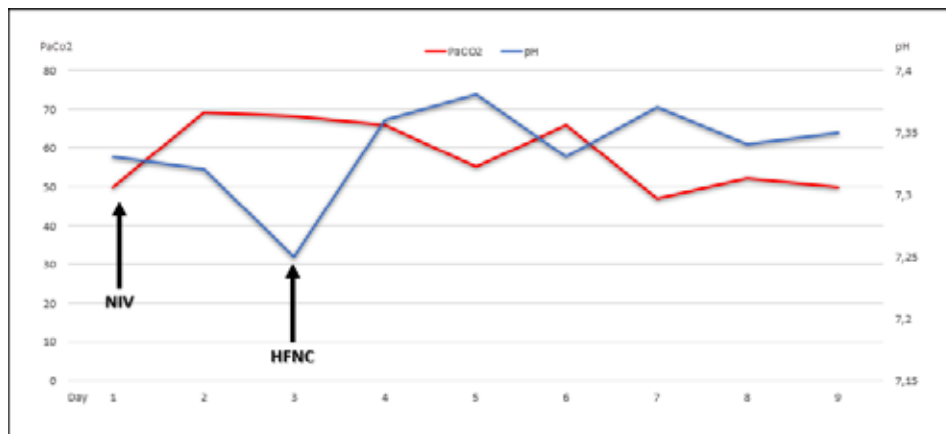


Fig 1 : Trend of PaCO2 and pH under NIV and HFNC

P 138 NON-INVASIVE VENTILATION FOR THE MANAGEMENT OF ACUTE HYPERCAPNIC RESPIRATORY FAILURE DUE TO AN EXACERBATION OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Wided bahria lasghar : Service des urgences Monji Slim.

Rooaa Hajji : Service des urgences Monji SLIM.

Intissar Boussaid : Service des urgences Monji SLIM.

Marwa bahri : Service des urgences Monji SLIM.

Abdelaziz LADAB : Service des urgences Monji SLIM.

Nour elhouda Nouira : Service des urgences Monji SLIM.

Introduction : Non invasive ventilation (NIV) is regarded as the first choice management along with conventional treatment in acute hypercapnic chronic obstructive pulmonary disease (COPD), on the other hand it is important to underscore that NIV failure potentially may be associated with prolonged invasive mechanical ventilation and an increased mortality rate

Objectif : Study the epidemiological and prognosis characteristics in patients treated with or without NIV in the acute phase of hypercapnic respiratory failure due to an exacerbation of COPD.

Méthode : We realized a monocentric, observational, prospective and descriptive study over 9 months from january 2023 right 14/09/2023 at the emergency department. We included all patients admitted at the emergency room for an AECOPD with an acute hypercapnic respiratory failure. The epidemiological, the therapeutic and prognosis characteristics were studied. We divided patients into two groups :Group1(G1): Patients received NIV with BiPAP and Group2 (G2) : patients received standard oxygen

Résultat : We included 111 patients, with middle age of 67 [36-98]years old, sexe ratio is 0.46, the percentage of patients with known COPD is 82.9 % (92 patients from 111), the patients' history of smoking is of 75.7% (84 patients) the other comorbidities are diabetes with 25.2%(28 patients),arterial hypertension with 40.5% (45 patients), coronary disease with 17.1%(19 patients), atrial fibrillation with 13.5%(15 patients), chronic renal failure with 4.5%(5 patients), chronic heart failure with 18% (20 patients). The G1: 39 patients received Non-invasive ventilation (NIV) with bi-level positive airway pressure (BiPAP) (35.5%)and The patients that didn't need the treatment with bipap in G2 were 64.5% (71 patients). 18 patients were intubated (16.4%). 16 patients died at the emergency department under 22 days of hospitalization (14.5%) in all cases. In G1: 14 patients (12.61%) were intubated after receiving vni with bipap, 78.75 % of them died (11 patients) at the ED, on the other hand in the G2/ 28.21% of patients that were treated with bipap died at the ED and only 7 of them (6.31%) of all patients) died at the ED.

Conclusion : The patients treated by VNI with BiPAP in acute hypercapnic respiratory failure due to exacerbation of COPD are more intubated with a high level of mortality than others patients. However, it remains to prove this association and its reasons?

P 139 FACTEURS PREDICTIFS DE L'ECHEC DE VNI AU COURS DES EXACERBATIONS AIGUES SEVERES DE BPCO

M. Bachrouh : Urgence MTM Nabeul.
S. Jerbi : Urgence MTM Nabeul.
C. Ben Slimane : Urgence MTM Nabeul.
I. Riden : Urgence MTM Nabeul.
M. Bayar : Urgence MTM Nabeul.

Introduction : L'exacerbation aiguë de la BPCO (EABPCO) est responsable d'insuffisance respiratoire aiguë hypercapnique nécessitant le recours à la VNI.

Objectif : Etudier les facteurs d'échec de la VNI chez les malades avec une EABPCO.

Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective concernant 39 patients en exacerbation aiguë sévère de BPCO nécessitant la mise sous VNI dans notre service sur une période de 6 mois entre janvier 2023 et juin 2023.

Résultat : Nous avons inclus 39 patients. L'âge moyen était de $70,77 \pm 9$ ans, majoritairement de sexe masculin 36 hommes pour 3 femmes. Les comorbidités ont été dominées par des cardiopathies dans 22% des cas et le diabète dans 16 % des cas. 28 % des patients étaient sous OLD et 12% sous VNI à domicile. Un échec de la VNI était trouvé chez 13 patients soit 33% des cas. Les facteurs corrélés à l'échec de la VNI étaient l'âge supérieur à 78ans et une acidose respiratoire sévère avec $PH < 7,21$

Conclusion : L'échec de la VNI, traitement de choix des exacerbations aiguës sévères de BPCO peut être influencé par certains facteurs tel que l'âge avancé et la sévérité de l'acidose respiratoire.

P 140 VENTILATORY MANAGEMENT IN ACUTE PULMONARY EDEMA ADMITTED TO ICU

N. Zarouane : Service des Urgences et Réanimation Hôpital Habib Thameur de Tunis.
A. Bedhiafi : Service des Urgences et Réanimation Hôpital Habib Thameur de Tunis.
W. Brahmi : Service des Urgences et Réanimation Hôpital Habib Thameur de Tunis.
Y. Garbaa : Service des Urgences et Réanimation Hôpital Habib Thameur de Tunis.
M. HAMDI : Service des Urgences et Réanimation Hôpital Habib Thameur de Tunis.
I. Sedghiani : Service des Urgences et Réanimation Hôpital Habib Thameur de Tunis.
N. Borsali-Flafoul : Service des Urgences et Réanimation Hôpital Habib Thameur de Tunis.

Introduction : In acute pulmonary edema, ventilatory management stands as the cornerstone of treatment, besides addressing the underlying cause. Noninvasive positive-pressure ventilation, either CPAP or NIV, is the primary recommended strategy, though in the most severe cases, invasive mechanical ventilation may become imperative.

Objectif : This study aimed to describe ventilatory management of acute pulmonary edema in critically ill patients.

Méthode : This was a retrospective observational study conducted over fourteen months from June 2022 to August 2023 in the medical ICU of Habib Thamer University Hospital. All consecutive patients admitted to ICU for an acute pulmonary edema were included. Baseline demographic and clinical characteristics were collected. Ventilatory management details were recorded.

Résultat : We included 36 patients, mean age was 69.9 ± 12 years, gender-ratio was 2. Comorbidities were hypertension 66.7% (n=24), chronic heart failure 63.9% (n=23), chronic coronary disease 44.4% (n=16), diabetes 61.1% (n=22) and chronic kidney failure 25% (n=9). Respiratory support was the noninvasive ventilation (NIV) in 94.9% of cases (n=34). High-flow oxygen therapy was used in 13.9% of patients (n=5) of which three were alternating with NIV. Tracheal intubation and invasive mechanical ventilation was required in 55% of patients (n=20). Noninvasive ventilatory management failure was higher in patients with diabetes, chronic kidney failure and associated pulmonary embolism. However only refractory pulmonary edema from acute coronary syndrome was significantly associated with IMV requirement ($p=0.023$). The length of ICU stay was 8.47 ± 4.9 days with an overall mortality equal to 41.7%

Conclusion : Noninvasive positive pressure ventilation (NIPPV) remains the first-line ventilatory support in acute pulmonary edema even in ICU. Early identification and treatment of underlying cause may prevent NIPPV failure and the subsequent need for invasive mechanical ventilation, thus optimizing patient care and outcomes.

P 141 INTÉRÊT DE CPAP DE BOUSSIGNAC DANS LA PRISE EN CHARGE DE MALADES ATTEINTS DE COVID 19

GNOUNOU Hajer : Anesthésie réanimation hôpital militaire de GABES.
CHAEIB Imene : Anesthésie réanimation hôpital militaire de GABES.
BEN SALAH Rahma : Anesthésie réanimation hôpital militaire de GABES.
HAJOUNI CHadha : Anesthésie réanimation hôpital militaire de GABES.
TRIGUI S : Anesthésie réanimation hôpital militaire de GABES.
HILALI Amine : Service des urgences hôpital militaire de GABES.
BAHAR Rijene : Service des urgences hôpital militaire de GABES.
MIDASSI Nessrine : Service des urgences hôpital militaire de GABES.
ROMDHANI Chiheb eddine : Anesthésie réanimation hôpital militaire de GABES.

Introduction : La pneumopathie secondaire au SARS-CoV2 est fréquente et grave. L'oxygénothérapie est la pierre angulaire dans sa prise en charge, le plus souvent par l'oxygénothérapie à haut débit (OHD) ou la ventilation par pression positive continue (CPAP).

Objectif : L'objectif de ce travail était d'évaluer l'efficacité du CPAP de Boussignac dans la prise en charge des patients atteints du SARS-COV2 avec une détresse respiratoire aigue.

Méthode : Il s'agit d'une étude prospective réalisée au service d'hospitalisation COVID-19 de l'HMG sur une période du 1^{er} juillet 2021 au 30 octobre 2022. Des patients ont bénéficié d'une oxygénothérapie à l'aide de CPAP de Boussignac et des patients ont reçu une oxygénothérapie par un dispositif autre que CPAP. Une fiche de recueil de données remplie par le médecin traitant avec une évaluation journalière durant toute la période d'hospitalisation.

Résultat : Nous avons inclus 34 patients. La moyenne d'âge est 52 ans $\pm$ 13 ans avec une prédominance masculine de 61,8%. 55,9% avaient des antécédents médicaux. 5,8% des patients étaient suivis pour pathologie pulmonaire (2,9% BPCO, 2,9% asthme). L'aspect TDM thoracique était en verre dépoli dans 79,4% des cas. La CPAP était initiée chez 14 patients (5 femmes, 9 hommes). 29,4% des patients étaient mis sous CPAP dès l'admission. Le médian du durée de séjour sous CPAP était de 6 jours $\pm$ 3 jours. 17,6% des patients avaient reçu tocilizumab en parallèle avec CPAP. 21,9% des patients sous CPAP avaient une extension supérieure à 50% au TDM thoracique. La tolérance était acceptable dans 42,9% des cas. Une amélioration de l'état respiratoire était marquée chez 50% des patients dès le 1^{er} jour. Le débit d'oxygène était supérieur à 10l/min le 1^{er} jour de CPAP dans 92% des cas, par contre était inférieur à 10l/min chez 55% des patients à j6 de CPAP. Une amélioration de l'état respiratoire avec diminution des besoins en oxygène chez 66% des patients. Parmi les 14 patients qui ont été mis sous CPAP, 2,9% ont été transférés au service de réanimation et mis sous VNI, 32,4% sont guéris et 5,9% sont décédés. 83% des patients, qui ont reçu une cure de tocilizumab en association avec CPAP, ont survécu.

Conclusion : La CPAP présente un impact favorable sur l'oxygénation et la respiration chez les patients atteints de COVID19 en insuffisance respiratoire sévère, soulevant ainsi des questions sur son rôle potentiel dans la gestion globale des insuffisances respiratoires.

P 142 EPIDEMIOLOGIE ET PRISE EN CHARGE PREHOSPITALIERE DES NOYADES : ETUDE SUR 7 ANS

I.Glenza : Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres.
S.Temani : Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres.
F.Zouari : Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres.
A.Smaoui : Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres.
A.Ben Khalifa : Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres.
M.Smaoui : Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres.
R.Allala : Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres.
F.Madhioub : Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres.

Introduction : La noyade se classe en troisième position parmi les causes de décès non intentionnels dans le monde. La population tunisienne est particulièrement vulnérable en raison de la longueur de son littoral ainsi que d'une saison estivale relativement prolongée.

Objectif : Décrire les caractéristiques épidémiologiques de la noyade dans ses différents aspects et identifier les modalités de prise en charge préhospitalière envisagées devant cette affection.

Méthode : Nous avons mené une étude rétrospective, descriptive couvrant une période de sept ans, allant du 13 février 2017 au 05 Aout 2023. Cette recherche a été réalisée au sein des services d'urgences et de réanimation médicale.

Nous avons collecté, chez tout patient victime de noyade, les caractéristiques épidémiologiques, les circonstances de survenue de la noyade ainsi que les modalités de la prise en charge préhospitalière.

Résultat : Durant une période de 7 ans, nous avons colligé 74 patients qui ont été admis aux urgences pour noyade. L'âge moyen était de 24 ans [1 an – 86 ans]. La répartition par tranche d'âge a noté 2 populations : • Pédiatrique (≤ 16 ans) : 31 patients (41%). • Adulte : 43 patients (58,1%). Une prédominance masculine a été constatée avec un sex-ratio de 1,74. Toutes les noyades étaient survenues pendant la période estivale avec un pic de fréquence le mois d'Aout. La répartition annuelle a montré un pic pour l'année 2020. La répartition selon l'heure de l'immersion a révélé deux pics de fréquence à 15h et à 19h. Soixante-douze patients (97,2%) étaient victimes d'une noyade en eau de mer, contre deux noyades (2,7%) dans une piscine. La durée d'immersion était en moyenne de 4 ± 2 minutes. Le mécanisme était primaire chez 72 patients (97,2%) et secondaire après convulsion chez 2 patients (2,7%). Le transport était assuré par la protection civile dans 54% des cas, par leurs propres moyens dans 36,4% et par le SAMU dans 9,4%. Le délai d'arrivée aux urgences était en moyenne de 33 minutes [4 min - 60 min]. Quinze patients étaient en Aqua stress, 31 Petits hypoxiques, 17 grands hypoxiques et Onze anoxiques, en arrêt cardiorespiratoire, dont six ont bénéficié d'une réanimation cardio- pulmonaire préhospitalière. Quarante patients ont bénéficié d'une oxygénothérapie conventionnelle et un patient a été mis sous CPAP. La mortalité était de 12,1%.

Conclusion : La noyade est un problème de santé publique en Tunisie. Le principal danger réside dans l'hypoxie. Il est essentiel de fournir une oxygénothérapie voire une assistance respiratoire dès la phase préhospitalière afin d'éviter les lésions secondaires et améliorer le pronostic.

P 143 SEQUELLES POST COVID CHEZ LES SURVIVANTS DU SDRA COVID-19 ADMIS EN REANIMATION

W.Nouira : Réanimation polyvalente CHU Fattouma Bourguiba.Monastir. O.Saadaoui : Réanimation polyvalente CHU Fattouma Bourguiba.Monastir. A.Yacoub : Réanimation polyvalente CHU Fattouma Bourguiba.Monastir. A.Dardour : Réanimation polyvalente CHU Fattouma Bourguiba.Monastir. I.Maoutouk : Réanimation polyvalente CHU Fattouma Bourguiba.Monastir. W.Ben Maria : Réanimation polyvalente CHU Fattouma Bourguiba.Monastir. A.Ben Messaoud : Réanimation polyvalente CHU Fattouma Bourguiba.Monastir. S.Ben Abdallah : Réanimation polyvalente CHU Fattouma Bourguiba.Monastir. M.Lahmar : Réanimation polyvalente CHU Fattouma Bourguiba.Monastir. Z.Hammouda : Réanimation polyvalente CHU Fattouma Bourguiba.Monastir. F.Dachraoui : Réanimation polyvalente CHU Fattouma Bourguiba.Monastir. L.Ouanes Besbes : Réanimation polyvalente CHU Fattouma Bourguiba.Monastir.

Introduction : Les patients survivants de SDRA Covid-19 admis présentaient des symptômes persistants à cours et à long terme pouvant durer jusqu'à 6 mois après l'épisode aiguë.

Objectif : Le but de cette étude est d'identifier les symptômes persistants à long terme chez les survivants du SDRA Covid-19 jusqu'à 2 ans de la sortie de service de réanimation.

Méthode : Il s'agit d'une étude descriptive incluant les patients survivants du SDRA covid hospitalisés en réanimation entre avril 2020 et décembre 2021 (n=240). Une enquête téléphonique a été menée en février 2023, interrogeant les patients survivants du SDRA covid sur les symptômes persistants de covid au cours des deux années suivant leur sortie des soins intensifs.

Résultat : Sur les 95 patients contactés, 69 (72,6%) ont pu être rejoints. 58% des patients étaient des hommes. L'âge médian était de 57 ans (IQR = 45-64 ans), la durée médiane de séjour en réanimation était de 11 jours (IQR = 8-17 jours). Au cours de leur séjour, l'optiflow a été utilisé chez 83 % des patients. 91 % d'entre eux se plaignaient de symptômes persistants et un seul patient est décédé deux mois après sa sortie. Les principaux symptômes décrits étaient : dyspnée (68,8 %), troubles de la mémoire (57 %), asthénie (55,6 %) et les douleurs thoraciques (31,7 %).

Conclusion : Les symptômes persistants à long terme du covid sont fréquents, dominés par les symptômes respiratoires, les troubles cognitifs et l'asthénie. Ces affections doivent une évaluation clinique minutieuse, un traitement et un suivi étroit pour éviter les complications à court et à long terme.

P 144 SUCCESSFUL IMPLEMENTATION OF ULTRA-PROTECTIVE VENTILATION IN A PATIENT WITH SEVERE ARDS AND EMPYEMA: A CASE REPORT

A.Yaacoub : Medical Intensive Care Unit1 Ibn Jazzar University Hospital,Kairouan,Tunisia.
Y.Ben Ali : Medical Intensive Care Unit1 Ibn Jazzar University Hospital,Kairouan,Tunisia.
S.Belhaj Youssef : Medical Intensive Care Unit1 Ibn Jazzar University Hospital,Kairouan,Tunisia.
S.Ben Mansour : Medical Intensive Care Unit1 Ibn Jazzar University Hospital,Kairouan,Tunisia.
D.Ben Braiek : Medical Intensive Care Unit1 Ibn Jazzar University Hospital,Kairouan,Tunisia.
H.Sfar : Medical Intensive Care Unit1 Ibn Jazzar University Hospital,Kairouan,Tunisia.
A.Kacem : Pulmonology Department2 Ibn Jazzar University Hospital,Kairouan,Tunisia.
A.Jamel : Cardiology Department3 Ibn Jazzar University Hospital,Kairouan,Tunisia.
H.Belkhiria : Cardiology Department3 Ibn Jazzar University Hospital,Kairouan,Tunisia.
H.Ammar : Cardiology Department3 Ibn Jazzar University Hospital,Kairouan,Tunisia.
A.Boufares : Pulmonology Department3 Ibn Jazzar University Hospital,Kairouan,Tunisia.
M.Kharat : Cardiology Department3 Ibn Jazzar University Hospital,Kairouan,Tunisia.
N.Ben Halima : Cardiology Department3 Ibn Jazzar University Hospital,Kairouan,Tunisia.
R.Ben Jazia : Pulmonology Department2 Ibn Jazzar University Hospital,Kairouan,Tunisia.
J.Ayachi : Medical Intensive Care Unit1 Ibn Jazzar University Hospital,Kairouan,Tunisia.

Introduction : Mechanical ventilation is crucial in the management of acute respiratory distress syndrome (ARDS). However, traditional ventilation strategies, with low tidal volume ventilation, may still be associated with ventilator-induced lung injury (VILI). Ultra-protective ventilation represents a novel approach to minimize VILI

Cas clinique : A 29-year-old male with a history of insulin-requiring diabetes, managed in the pulmonary department for pneumonia complicated by pleural empyema was transferred to our intensive care unit (ICU) for respiratory failure. Upon ICU admission, patient examination showed : respiratory rate of 45c/min with struggle signs ; blood pressure at 140/70 mmHg, pulse rate of 92 bpm and agitation. The laboratory test results showed elevated inflammatory marker with white blood cell count (WBC) of $15.2 \times 10^9 /L$, and a C-reactive protein level of 360. ABG under NIV revealed severe hypoxemia with a PaO_2/FiO_2 ratio of 89. Chest X-ray and chest CT scan showed bilateral alveolar opacities and left-sided pleural empyema. Patient was intubated and mechanically ventilated for severe ARDS using conventional lung-protective ventilation (tidal volume 6mL/kg of pbw, PEEP: 10cmH₂O, plateau pressure: 30cmH₂O, compliance 15ml/cmH₂O), put under neuromuscular blocking agents and prone position then a drainage of accessible empyema, yielding 850 cc of purulent fluid. Unfortunately, the patient developed refractory hypoxemia (PaO_2/FiO_2 ratio of 82) so the ventilator settings were adjusted to deliver ultra-low tidal volume of 4mL/kg, PEEP was titrated to achieve the best PEEP level (14 cmH₂O) and the respiratory rate was increased to 32 breaths per minute. Patient demonstrated gradual improvement with a significant increase in the PaO_2/FiO_2 ratio over the next 48 hours (PaO_2/FiO_2 ratio, 186). A tracheostomy was performed at day 14 of ICU stay allowing for successful weaning from mechanical ventilation on day 23 and then discharged home on day 26 after decanulation.

Conclusion : This case report illustrate the successful implementation of ultra-protective ventilation strategies in a patient with ARDS associated to a reduced lung parenchyma volume due to empyema

P 145 SDR COVID ET BESOINS EN SEDATION

O.Saadaoui : Réanimation médicale CHU fattouma bourguiba MONASTIR.
M.Lahmar : Réanimation médicale CHU fattouma bourguiba MONASTIR.
A.Ben Messaoud : Réanimation médicale CHU fattouma bourguiba MONASTIR.
W.Nouira : Réanimation médicale CHU fattouma bourguiba MONASTIR.
I.Maoutouk : Réanimation médicale CHU fattouma bourguiba MONASTIR.
A.Dardour : Réanimation médicale CHU fattouma bourguiba MONASTIR.
A.Yacoub : Réanimation médicale CHU fattouma bourguiba MONASTIR.
S.Ben Abdallah : Réanimation médicale CHU fattouma bourguiba MONASTIR.
Z.Hammouda : Réanimation médicale CHU fattouma bourguiba MONASTIR.
F. Dachraoui : Réanimation médicale CHU fattouma bourguiba MONASTIR.
L.Ouanes Besbes : Réanimation médicale CHU fattouma bourguiba MONASTIR.

Introduction : Au cours de la pandémie COVID, le traitement des patients en SDR nécessitant la ventilation mécanique invasive et la sédation était un défi. Particulièrement, Il a été constaté une difficulté et un problème de sédation chez ces patients

Objectif : évaluer les besoins en sédatifs et en analgésiques des patients SDR COVID par apport aux patients SDR non COVID

Méthode : Étude observationnelle comparative ayant inclus des patients hospitalisés consécutivement en réanimation (Monastir, Tunisie) pour SDRA durant deux périodes : P1 (janvier 2016 -décembre 2018) et P2 (mars 2020-septembre 2022) et ayant nécessité la ventilation mécanique invasive(VMI)

Résultat : Au total, 133 patients ont été inclus, dont 109 patients en SDRA COVID. L'âge médian était 65ans (IQR [55-70]). Le Nombre de jour médian de sédation était de 5jours (IQR : 2-8). Au cours des 24 premières heures de ventilation et pour atteindre l'objectif de sédation désirée, le sédatif le plus administré était l'hypnovel dans 69% des cas. Les patients en SDRA COVID avaient besoin de dose d'hypnovel plus importante par rapport aux patients SDRA NON COVID respectivement (16 mg/h (12-20) vs 6 mg/h (4.25-10) p <10-3). Chez les SDRA COVID, L'analgésie a été obtenue avec la Rémifentanyl dans 87% des cas contre 46% chez les SDRA non COVID, la dose médiane administrée était 1600 µg/h (1200-1600) vs 600 µg/h (400-1000) p<10-3 respectivement

Conclusion : Les résultats de notre observation suggèrent que chez les patients ventilés mécaniquement atteints de SDRA COVID-19 nécessitent des doses élevées inhabituelles de sédatifs par rapport à ceux en SDRA non COVID notamment pendant les premières 24 heures de ventilation

P 146 HEREDITARY ANGIOEDEMA WITH C1 INHIBITOR DEFICIENCY CAUSING ACUTE RESPIRATORY DISTRESS: ABOUT A CASE

Melek Chroufa : Réanimation Médicale Hopital Habib Thameur de Tunis.
AMENNE ALOUINI : Réanimation Médicale Hopital Habib Thameur de Tunis.
Ines Sdiri : Réanimation Médicale Hopital Habib Thameur de Tunis.
Anissa Chemsî : Réanimation Médicale Hopital Habib Thameur de Tunis.
Nadia Zarouene : Réanimation Médicale Hopital Habib Thameur de Tunis.
Nouha Ezzine : Réanimation Médicale Hopital Habib Thameur de Tunis.
Imen Zaghdoudi : Réanimation Médicale Hopital Habib Thameur de Tunis.
Ines Sedghiani : Réanimation Médicale Hopital Habib Thameur de Tunis.
Nebiha Borsali Falfoul : Réanimation Médicale Hopital Habib Thameur.

Introduction : Hereditary C1 inhibitory deficiency is a sporadic genetic disease. At flare-ups, patients present with iterative subcutaneous or submucosal edema. We report a case report and a review of the literature about hereditary angioedema (HAE) due to a deficit of c1 inhibitor.

Cas clinique : We report a case of a 53-year-old woman who presented to the emergency room for upper dyspnea. She has been followed for the deficit for years. The patient was conscious but had difficulty speaking (swelled tongue), angioedema, and bilateral eyelid edema. Her SPO2 was 80%, respiratory rate was 14 cycles per minute. She received a non-specific treatment. On admission at the emergency room, she received nebulization of adrenaline, hydrocortisone hemisuccinate, tranexamic acid 1500 mg/day, gastric protection, and preventive anticoagulation. She was then admitted to intensive care and received 490 mL of fresh frozen isogroup plasma. The edema improved clinically and she didn't receive any mechanical ventilation.

Conclusion : This case is about a laryngeal oedema with acute respiratory distress. The non-specific and etiological treatment should be initiated quickly. Patients should be referred to the referral center to be correctly diagnosed and treated.

P 147 SYNDROME DE DETRESSE RESPIRATOIRE AIGUE SECONDAIRE AU PURPURA THROMBOTIQUE THROMBOCYTOPENIQUE : A PROPOS D'UN CAS

F.Houri : Service de réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax.
N.Baccouch : Service de réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax.
S.Jerbi : Service de réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax.
O.Turki : Service de réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax.
H.Chelly : Service de réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax.
M.Bahloul : Service de réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax.
M.Bouaziz : Service de réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax.

Introduction : Le purpura thrombotique thrombopénique (PTT), est une forme grave de microangiopathie thrombotique. Il est caractérisé par une thrombopénie de consommation, une anémie hémolytique mécanique et une atteinte multiviscérale. Ses manifestations cliniques sont essentiellement neurologiques. Néanmoins, le PTT peut rarement induire une atteinte respiratoire sévère engageant le pronostic vital.

Cas clinique : Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 46 ans sans antécédents notables, admis en milieu de soins intensifs pour prise en charge d'une altération de l'état de conscience. Cette altération était précédée par des

céphalées et d'une sensation vertigineuse fluctuante évoluant depuis quelques jours. Devant un GCS à 7/15, le patient a été intubé ventilé et sédaté. Une TDM cérébrale faite a été sans anomalies. L'hémogramme a montré une anémie à 7,5g/dl et une thrombopénie à 11000/mm³. Nous avons complété par un bilan d'hémolyse montrant: un taux de réticulocytes supérieur à 2%, une haptoglobine effondrée, une bilirubine indirecte augmentée et un taux de schizocytes supérieur à 5%. Le test d'activité ADAMTS13 n'était pas disponible. Devant ce tableau clinique et biologique, le diagnostic de PTT a été évoqué. L'évolution était marquée par l'aggravation de l'état respiratoire du patient au bout de quelques heures de son admission, avec une hypoxie sévère. La radiographie thoracique a montré des images alvéolo- interstitielles au niveau des deux champs pulmonaires. Le patient a été ventilé en pression positive, avec des manœuvres de recrutement. Il a été mis sous corticothérapie à forte dose et on a initié les séances d'échanges plasmatiques. Les prélèvements microbiologiques pulmonaires ont été négatifs. L'échographie cardiaque n'a pas montré une dysfonction cardiogénique. Les anticorps antinucléaires ont été positifs. L'évolution était marquée par l'amélioration progressive de son état respiratoire et neurologique et son extubation après 10 jours de son hospitalisation. Par la suite, Les chiffres de plaquettes s'étaient normalisés.

Conclusion : Notre cas montre un syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) survenue lors d'un tableau de PTT. Une prise en charge précoce et adaptée permet d'améliorer son pronostic. Bien qu'il s'agit d'un cas peu décrit, il est important de l'évoquer rapidement devant tout SDRA avec une thrombopénie inexpliquée.

P 148 LE DEVENIR DES PERSONNES AGEES ADMISES EN MILIEU DE REANIMATION POUR PNEUMOPATHIE COVID19 COMPLIQUEE DE SDRA

R.Gharbi : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
M.Hamdi : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
R.Rajah : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
S.Chtioui : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
H.Messoudi : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
Rebhi Abderazak : Réanimation médicale hôpital régionale kasserine.
M.Fekih Hassen : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
H.Ben Sik Ali : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
O.Jaoued : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
S.Elatrous : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.

Introduction : Les sujets âgés étaient à haut risque d'atteinte par SARS-cov2 et développer une infection sévère. Au cours de la pandémie Covid19, plusieurs d'entre eux étaient admis en réanimation.

Objectif : Déterminer le devenir des personnes âgées hospitalisées pour une pneumonie covid-19 et identifier les facteurs prédictifs de mortalité.

Méthode : C'est une étude prospective menée au service de réanimation médicale durant la période s'étalant entre avril 2020 et août 2022 incluant tous les patients âgés ≥ 65 ans et hospitalisé en réanimation pour pneumopathie secondaire au COVID19. Les caractéristiques démographiques, les comorbidités, les scores de gravité à l'admission (APACHE II, SAPS II), la sévérité de SDRA, les moyens d'oxygénothérapie, la durée de ventilation, la durée de séjour et la mortalité ont été recueillies. Une analyse univariée puis multivariée ont été utilisées pour étudier les facteurs prédictifs de la mortalité.

Résultat : Durant la période de l'étude, 449 patients ont été hospitalisés en réanimation dont 175 étaient âgés de plus de 65 ans, soit une prévalence de 39%. L'âge moyen de la population étudiée était de 71± 6 ans [65-91ans]. Il existe une prédominance masculine 59%. Le SAPSII moyen était de 29+/-11. Les antécédents étaient dominés par l'hypertension artérielle 58% et le diabète à 53%. Les patients présentant à l'admission un tableau de SDRA sévère étaient de 64% avec rapport de P/F moyen à 62 +/-10. Le recours à l'oxygénothérapie par IOHD était de 65% des cas. Au cours de leur séjour, les patients ont présenté une PAVM dans 30% des cas et un état de choc septique dans 43% des cas. La durée de séjour moyenne était de 13+/-11 jours. La mortalité était de 50%. Les résultats de l'analyse univariée sont représentés dans le tableau 1. En analyse multivariée, l'âge (OR :1.15 ; IC 95% [1.06-1.24] ; p=10-3) la survenue d'état de choc (OR :6.89 ; IC 95% [2.19-21.62] ; p=10-3) et le recours à la ventilation mécanique invasive (OR :9.21 IC 95% [2.87-29.47] ; p=10-3) sont les facteurs prédictifs de la mortalité. La valeur seuil de l'âge est de 71,5 ans avec une spécificité à 60%, sensibilité à 53%, valeur prédictive positive à 57% et valeur prédictive négative à 55%.

Conclusion : La moitié des personnes âgées admises en réanimation pour pneumopathie COVID19 compliquée de SDRA décèdent. L'âge, la survenue d'état de choc et le recours à la ventilation mécanique invasive sont les facteurs prédictifs de mortalité.

Tableau 1 Analyse univariée : comparaison entre les survivants et les décédés.

	Décédés N = 88	Survivants N = 87	P
Âge (ans)	72 ± 6	70 ± 5	0.04
Sexe Masculin, n (%)	47 (53)	57 (65)	0.07
ATCDs, n (%)			
-HTA	48 (54)	54 (62)	0.3
-Diabète	46 (52)	46 (53)	0.9
SAPS II	32 ± 11	26 ± 8	<10 ⁻³
APACHE II	13 ± 6	11 ± 5	0.5
SOFA	5 ± 2	3 ± 1	<10 ⁻³
Sévérité de SDRA, n (%)			
- Légère	1 (0.01)	10 (11.5)	<10 ⁻³
- Modérée	1 (0.01)	18 (21)	<10 ⁻³
- Sévère	69 (78)	43 (49)	<10 ⁻³
Oxygénothérapie, n (%)			
- OHD	58 (66)	56 (64)	0.9
- VNI	30 (34)	25 (31)	0.4
- VMI	69 (78)	16 (18)	<10 ⁻³
PAVM (%)	44 (50)	8 (9)	<10 ⁻³
EDC (%)	64 (73)	12 (14)	<10 ⁻³
Durée de séjour (j)	15 ± 11	12 ± 11	0.01

P 149 A SUCCESSFUL MANAGEMENT OF ACUTE RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME IN A HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS-INFECTED PATIENTS : ABOUT TWO CASES

A. Hmaidi : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
H.Sfar : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
N.Boukadida : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
Y. Ben Ali : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
K. Attia : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
H. Zorgati : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
A.Kacem : Pulmonology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
R. Ben Jazia : Pulmonology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
J.Ayachi : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

Introduction : Human Immunodeficiency Virus (HIV) infection is one of most potentially life-threatening infection around the world. Respiratory infections can rapidly progress to acute respiratory distress syndrome (ARDS) and death if not treated in time.

Cas clinique : Case 1: A 43 years old woman complaining of asthenia, fever, dyspnea and non productive cough, was admitted to the ICU for ARDS. She was febrile at 38.3°C, tachycardic at 117 bpm, polypneic at 36 cpm. She was hypoxic with a saturation at 92% under oxygen 12 L/min and a low PaO₂/FiO₂ (95) leading to her intubation. Biological findings showed high level of CRP and lymphopenia. Chest scan (CT) revealed septal thickening resembling crazy paving and ground glass opacities. HIV with opportunist infection was suspected. HIV serology was positive. Multiplex polymerase chain reaction (PCR) on bronchoalveolar lavage (BAL) was positive for human rhinovirus and negative for Mycobacterium tuberculosis. CMV-PCR was positive with very high viral load. A large empiric anti bio-therapy was initiated with imipenem, gentamicin, vancomycin, cotrimoxazole associated with corticosteroids and anti- CMV therapy. The evolution was spectacularly good with extubation 12 days later and weaning from oxygen. Case 2: A 30-year-old male patient, with risky sexual behavior and history of oral thrush, anorexia, asthenia, weight loss diarrhea and night sweats, complained from dyspnea, cough and fever. Upon admission he was in severe ARDS with PaO₂/FiO₂ < 100 leading to intubation.

Blood test revealed leucopenia and lymphopenia. CT scan showed diffuse alveolar damage, interstitial pneumonitis with a cavitary lesion. A large empiric antibiotherapy was initiated with cephalosporin, levofloxacin, cotrimoxazole, metronidazole and antifungal treatment. HIV serology was positive. Pneumocystis jirovecii was then found in BAL. Corticoids 1mg/kg was administrated. The evolution was spectacularly good with extubation four days later and weaning from oxygen.

Conclusion : Clinical suspicion of HIV infection, microbiological and molecular investigations, drug susceptibility-based antibiotic and antiviral treatment are strategies required to face up the challenge of opportunistic infections in HIV patients.

P 150 ASSOCIATION ENTRE L'INTENSITE DE LA VENTILATION MECANIQUE ET LA MORTALITE A J28 AU COURS DES PNEUMOPATHIES COVID-19

S.Chtioui : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
H.Nouira : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
R.Rajah : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
H.Messoudi : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
R.Gharbi : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
A.Rebhi : Réanimation médicale hôpital régionale kasserine.
M.Fekih Hassen : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
O.Jaoued : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
H.Ben Sik Ali : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
S.Elatrous : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.

Introduction : L'intensité de la ventilation, reflétée par la pression motrice dynamique (ΔP) et la puissance mécanique (MP) est associée au devenir des patients ventilés. Les résultats des études concernant les patients ventilés pour pneumopathie COVID-19 ne sont pas concluants.

Objectif : Déterminer l'impact de l'intensité ventilatoire sur le devenir des patients ventilés pour pneumopathie COVID-19.

Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective à recueil prospectif sur une période de 2 ans. Nous avons inclus les patients admis en réanimation pour une pneumopathie COVID-19 et nécessitant le recours à la ventilation mécanique pour une durée supérieure à 24 heures. La ΔP et la MP sont calculées selon les formules suivantes : $\Delta P = \text{Pression de crête} - \text{PEEP (CmH}_2\text{O)}$ $MP = 0,098 \times V_t \times FR \times (P_{\text{crête}} - 0,5 \times \Delta P)$ (J/min). Les patients chez qui ces paramètres ne pouvaient être calculés ont été exclus. Une analyse univariée puis multivariée a été réalisée afin de déterminer les facteurs associés à la mortalité à j28.

Résultat : L'âge moyen des 147 patients analysés était de 58 ± 13 ans et le score APACHE II moyen était de 12 ± 5 . La ventilation mécanique était initiée secondairement dans 58,5% des cas. Le rapport $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ moyen était de 113 ± 54 mmHg et la compliance moyenne était de 28 ± 7 ml/CmH₂O. La moyenne du pourcentage d'atteinte du parenchyme pulmonaire à la TDM était de $61 \pm 18\%$. Le SDRA était sévère chez 50% des patients. La mortalité à j 28 était de 68%. La ΔP moyenne était de 28 ± 6 cmH₂O et la MP moyenne était de 30 ± 7 J/min. En comparant le groupe de survivants et celui de décédés à j 28, les décédés étaient plus âgés 61 ± 11 ans vs 53 ± 15 ans ($p=0,001$) et le score APACHE II était plus élevé chez ce groupe : 15 ± 6 vs 10 ± 6 , $p=0,001$. La ΔP était de $27,1 \pm 5$ chez les survivants contre $28,9 \pm 6$ chez les décédés, $p=0,1$. La MP était comparable dans les deux groupes ($30,6 \pm 7$ chez les décédés contre $29,6 \pm 7,7$ J/min chez les survivants, $p=0,18$). Pour les autres paramètres, la compliance à J2 et J7 était plus basse chez les décédés. En analyse multivariée, seule la compliance à J7 était indépendamment associée à la mortalité (OR 0,919, IC95% : 0,85-0,97 ; $p=0,007$).

Conclusion : Dans notre population, l'intensité ventilatoire, évaluée par la pression motrice dynamique et la puissance mécanique n'était pas associée à la mortalité des patients ventilés pour une pneumopathie COVID-19.

P 151 VENTILATION MECANIQUE CHEZ LES POLYTRAUMATISES

Zouari A : Service de médecine d'urgence et SAMU 04 CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie.
Karray R : Service de médecine d'urgence et SAMU 04 CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie.
Nasri A : Service de médecine d'urgence et SAMU 04 CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie.
Kammoun L : Service de médecine d'urgence et SAMU 04 CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie.
Chaaari A : Service de médecine d'urgence et SAMU 04 CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie.
Chakroun O : Service de médecine d'urgence et SAMU 04 CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie.
Rekik N : Service de médecine d'urgence et SAMU 04 CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie.

Introduction : La ventilation mécanique est utilisée largement dans les services d'urgence et notamment en traumatologie.

Objectif : Le but de ce résumé est de rapporter l'expérience de notre service et de rappeler les indications de la ventilation mécanique chez les polytraumatisés.

Méthode : Il s'agissait d'une étude prospective menée sur une période de un an allant du 1^{er} août 2020 au 31 juillet 2021. Les critères d'exclusion étaient les polytraumatisés dont les données étaient manquantes.

Résultat : Le nombre total des polytraumatisés admis dans notre service durant cette période était de 470 patients. L'âge moyen était de 34,9 ans avec des extrêmes allant de 11 mois à 95 ans. Il s'agissait de 101 femmes et 369 hommes avec un sexe-ratio de 3/10. Le moyen d'arrivée le plus fréquent était la protection civile, observé dans 231 cas. Il s'agissait d'un AVP (accident de la voie publique) dans 357 cas dont le mécanisme le plus fréquent était une éjection dans 301 cas. Il s'agissait d'un traumatisme fermé dans 298 cas. A l'examen clinique à l'admission, quatre

patients étaient en arrêt cardiorespiratoire. Vingt patients étaient en état de choc hémorragique. Le schok index moyen était 0,83. Le score de Glasgow moyen était de 13,4. La FAST échographie était réalisée chez 180 patients et était anormale dans 51 cas. Un Body scan était réalisé chez 451 patients et seulement un scanner cérébral chez cinq patients.

L'examen tomodensitométrique montrait que l'étage cérébral était touché dans 246 cas dont les fractures craniofaciales étaient la lésion la plus observée (190 cas). L'étage cervical était touché dans 42 cas, il s'agissait de fractures de C1 et C7. L'étage thoracique était touché dans 203 cas, la lésion la plus observée était une contusion pulmonaire repérée chez 145 patients. L'étage abdominal était lésé dans 91 cas, la lésion la plus fréquente était un hémopéritoine dans 43 cas. Un traumatisme pelvien est observé chez 67 patients. Sur le plan thérapeutique, cent-deux patients étaient intubés ventilés et soixante-onze patients sous oxygénothérapie. Les indications de la ventilation mécanique étaient une détresse respiratoire dans 35 cas, une détresse neurologique dans 89 cas, une détresse hémodynamique dans 24 cas, une agitation dans 28 cas et dans un but antalgique dans cinq cas. Quatre-vingt patients étaient pris en charge au bloc opératoire dont trente deux patients en neurochirurgie.

Conclusion : L'utilisation à bon escient de la ventilation mécanique par les urgentistes nécessite qu'ils en connaissent les principes et les indications. Le choix du mode de ventilation et les objectifs de ventilation doivent être adaptés au patient.

P 152 PNEUMOPATHIE GRAVE À SARS-COV-2 EN RÉANIMATION : FACTEURS ASSOCIÉS À L'ASSISTANCE VENTILATOIRE INVASIVE

Salma Ghalloussi : Réanimation Médicale CAMU.

Amira Ben Jazia : Réanimation Médicale CAMU.

Nozha Brahmi : Réanimation Médicale CAMU.

Introduction : La récente pandémie à COVID-19 a entraîné une crise sanitaire mondiale sans précédent. De nombreux facteurs de risque ont été identifiés dans la progression du COVID-19 vers un syndrome de détresse respiratoire aigu.

Objectif : Rechercher les facteurs associés à la ventilation mécanique invasive des patients admis en réanimation pour pneumopathie grave à SARS-CoV-2 et de décrire les caractéristiques épidémiocliniques chez ces patients.

Méthode : Il s'agissait d'une étude observationnelle monocentrique, rétrospective et descriptive incluant les patients d'âge supérieur à 18 ans admis dans l'unité de soins intensifs pour pneumopathie COVID-19 hypoxémiant confirmée avec un débit d'oxygène > 6L/min. Les patients inclus dans notre étude ont été secondairement divisés en deux groupes selon le recours ou non à la VMI : Groupe 1 : VMI (+) / Groupe 2 : VMI (-). Ont été comparés les données épidémiocliniques, thérapeutiques et évolutives entre les deux groupes. Une analyse univariée et multivariée a été réalisée pour étudier les facteurs associés à la ventilation mécanique invasive.

Résultat : Un total de 251 patients était inclus avec un âge moyen était de 60± 13 ans et un genre-ratio de 1,69. Les principales comorbidités étaient le diabète dans (38,6%) et l'hypertension artérielle (37,8%). Le motif de consultation principal était la dyspnée (89%). Une atteinte pulmonaire étendue supérieure à 50% était signalée dans 38% des cas. Quatre-vingt patients (32%) avaient un rapport P/F inférieur à 100 (SDRA stade 3) et le désordre acido-basique le plus noté était une alcalose respiratoire. Une Protéine C- réactive élevée était retrouvée chez 76,9% des patients et une lymphopénie dans 66% des cas. La modalité ventilatoire la plus reçue était une alternance VNI/OHD (236 patients) soit 94%. On avait eu recours à la ventilation mécanique invasive dans 39% des cas. La mortalité était de 34%. En étude multivariée, les facteurs associés à l'intubation étaient : les lésions scanographiques étendues (OR=4,704 ; IC95% : [2,282-9,698] ; p<0,001), lymphopénie (OR=3,755 ; IC95% : [1,94-7,23], p<0,001), le syndrome de détresse respiratoire aigu (SDRA) sévère (OR= 2,753 ; IC95% : [1,544-4,91], p=0,001) et les signes de lutte respiratoires (OR=4,62 ; IC95% : [2,246-9,502] ; p<0,001).

Conclusion : La lymphopénie, la présence de signes de lutte, l'atteinte parenchymateuse étendue et le SDRA sévère étaient des facteurs prédictifs du recours à la ventilation mécanique invasive. Leur identification permettrait une meilleure prise en charge des patients en situation de pandémie.

P 153 ELDERLY CRITICALLY ILL COVID-19 PATIENTS: CHARACTERISTICS AND OUTCOMES

Dhouha Hamdi : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Imen Ben Saïda : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Mohamed Amine Mehri : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Dheker Lansari : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Emna Ennouri : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Khaoula Meddeb : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Radhouane Toumi : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Mohamed Boussarsar : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Introduction : The COVID-19 pandemic, caused by the novel coronavirus SARS-CoV-2, has presented a significant challenge to healthcare systems worldwide. Among those most severely affected by the virus are elderly critically-ill patients. Age seems to play a crucial role in COVID-19 outcomes.

Objectif : To investigate characteristics and identify predictors of ICU mortality in elderly critically ill COVID-19 patients.

Méthode : This is a retrospective study carried out in a medical intensive care unit (ICU) from March 2020 to October 2022. Patients aged more than 65 years were included. Medical patients' records were reviewed to compile demographic characteristics, severity and diagnosis at admission, management and outcomes. Univariate and multivariate analyses were used to identify predictors of ICU mortality.

Résultat : During the study period, 465 patients were admitted to ICU. Two hundred thirty-two (49.8%) were aged more than 65 years. Forty-two (18%) of which were aged more than 80 years. Patients' characteristics were: median age, 72[68–78]; male gender, 134(57.8%); Charlson score, 3[3–4]; SAPSII, 33[27–39]; APACHE, 9[5–12]; SOFA, 2[1–4]; Invasive mechanical ventilation (IMV), 154(66.4%); vasopressors use, 157(67.7%); antibiotic use, 145(62.5) and renal replacement therapy, 28(12.1). Median duration of IMV and length of stay were respectively at 8[3.25–19.75] and 9[6–14] days. Mortality rates for age ≥ 65 and ≥ 80 years were respectively at 64.7% and 89.8%. No patient invasively ventilated survived beyond 80 years of age. The univariate analysis identified respectively for deaths and survivals: Apache II (10[6–13] vs 6.5[3–11], $p=0.000$); SAPS II (34[29–41] vs 31[26–35], $p=0.000$); septic shock (58% vs 2.4%, $p=0.000$); acute kidney injury (AKI) (77.9% vs 6.1%, $p=0.000$); capillary leak syndrome (49.3% vs 3.7%, $p=0.001$); and ventilator acquired pneumonia (VAP) (51.7% vs 1.3%, $p=0.000$). Multivariate regression model identified the following factors as independently associated to mortality: capillary leak syndrome (OR 6.1, 95%CI [1.4–25], $p=0.015$), VAP (OR 27.6, 95%CI, [3.3–230], $p=0.02$) and AKI (OR 28.6, 95%CI [9.89–82.9], $p=0.000$).

Conclusion : Capillary leak syndrome, VAP and AKI were identified as independently associated factors to mortality in elderly critically ill COVID-19 patients. 80-years cutoff seems to be reliable to discuss IMV limitation in the setting of COVID-19 patients.

P 154 SELF-EVALUATION OF LUNG ULTRASOUND SKILLS BY INTENSIVE CARE RESIDENTS

I. Maatouk : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
A. Maatouk : Department of preventive and community medicine University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
A. Yaacoub : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
S. Ben abdallah : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
W. Ben Maria : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
O. Saadaoui : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
A. Ben massoud : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
W. Nouira : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
M. Lahmar : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
Z. Hammouda : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
F. Dachraoui : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
L. Besbes Ouanes : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.

Introduction : lung ultrasound (LU) has become an irreplaceable tool for intensivists in the management of critically ill patients, complementing the clinical examination. With the evolution of intensive care medicine, there has been an increasing demand for rapid and precise disease diagnosis.

Objectif : The purpose of our survey was to evaluate the practice of lung ultrasound among intensivist residents

Méthode : This is a cross-sectional study conducted among intensivist residents exercising during the period from January to June 2021 in several intensive care units in Tunisia. Residents were evaluated on their LU skills. Data were collected using a French language questionnaire distributed on the day of the selection of the residents' posts for the following training period (at the end of June 2021).

Résultat : Out of a total of 75 residents, 37 accepted to answer to the survey (Participation rate = 49 %). Specialities of all participants were intensive care medicine. The majority were female (66.4%). The mean age was 29 ± 12.36 years. Only 8.1% of intensive care residents have received training. Twenty one percent thought that lung ultrasound can replace chest radiography in intensive care.

According to the participants, the abnormalities most frequently visualized by lung ultrasound in critically ill patients were fluid effusions (67.6%) and pneumothorax (54.1%), followed by atelectasis (27%), acute pulmonary edema (18.9%), pulmonary embolism (18.9%), and pneumopathy (16.2%). Almost a third of residents believed that LU can confirm endotracheal intubation. Almost 30% of participants considered that ultrasound can be useful in percutaneous tracheostomy.

Conclusion : Although LU tends to be an interesting alternative to radiography, it is generally not well mastered or never practised. Intensivists should have the technical knowledge and skills to perform LU.

P 155 SEVERE PRESENTATIONS OF HYPERVENTILATION SYNDROME IN A MEDICAL ICU. A CASE SERIES PRESENTATION.

Radhouane Toumi : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..
Asma Rekik : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..
Malek Hafdh : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..
Emna Ennouri : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..
Ons Hasnaoui : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..
Khaoula Meddeb : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..
Imen Ben Saida : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..
Mohamed Boussarsar : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Introduction : Hyperventilation syndrome (HVS) is a ventilatory disorder with an often misleading acute clinical presentation. It can simulate a medical emergency, leading to overuse of diagnostic tests and inappropriate therapies, but potentially inducing life-threatening conditions, menacing functional or even vital prognosis.

Objectif : To describe diagnostic and management challenges of severe presentations of hyperventilation syndrome requiring intensive care admission.

Méthode : It is a retrospective study carried out in the medical ICU of Farhat Hached Teaching Hospital, Sousse, over a period of twenty-eight years from 1995 to 2023. All patient files coded as HVS by the attending physicians were reviewed and the diagnosis of HVS was confirmed according to the latest definition in 2023 by Selleron et al. Data collected were patient demographics, past history, clinical presentation at admission, supposed diagnosis at admission, further investigations and therapeutic interventions performed during ICU stay, patient evolution, length of stay and outcomes.

Résultat : Ten patients were included over the study period. Median age, 43[26-57.5]; 5 out of 10 patients had psychiatric past history: depression, 3/10; bipolar disorder, 1/10; schizophrenia, 1/10; borderline personality disorders were found in 6 out of 10 patients; Nijmegen score was retrieved in only one patient, 27/64. Reasons for admission are displayed in Table 1, the diagnosis of HVS was never considered on admission. When respiratory distress was considered as the initial presentation, it was judged as mild in 3/6 patients and severe in 3/6. On admission, hyperoxia was inconstant, and respiratory alkalosis was present in 9/10 patients, all patients developed a respiratory alkalosis during ICU stay. End-tidal CO₂ was closely monitored in one patient showing hourly cyclic variations between 19 and 30 mmHg. Further investigations were performed in all patients: chest X-ray, 8/10, 4 of which showed presence of basal atelectasis; chest CT-angiography, 3/10, all showing no additional abnormality; lumbar puncture, 1/10; brain CT-scan, 1/10; brain MRI, 2/10; ictal EEG, 1/10; EMG, 1/10; all showing no abnormalities; EKG, 10/10, two of which showing a type II acute coronary syndrome; coronarography, 3/10, one of which showed a myocardial bridge; transthoracic echocardiography, 4/10, no abnormalities. Invasive mechanical ventilation was required in 4/10 patients; length of stay, 8[4-14] days. Two patients presented a supply/demand type II acute coronary syndrome, one of which died.

Conclusion : This study showed HVS as an often misdiagnosed presentation, revealing as an important reversible hyperventilation, on an underlying psychiatric background, mimicking a myriad of lesional diagnoses, in contrast to normal cardiopulmonary functions, and possibly leading to serious complications and death.

Clinical presentation at admission	Supposed diagnosis at admission	n
Respiratory distress 6(60%)	Severe acute exacerbation of COPD	1
	COVID-19-related ARDS	1
	Hypoxemia due to a basal atelectasis	1
	Community-acquired pneumonia	1
	Status Asthmaticus	1
	Cardiogenic pulmonary edema	1
Hemodynamic distress 2(20%)	Acute coronary syndrome	2
Neurological distress 2(20%)	Status Epilepticus	1
	Neuroleptic Malignant Syndrome	1

P 156 PRISE EN CHARGE VENTILATOIRE CHEZ LES CÉRÉBROLÉSÉS : FACTEURS DE RISQUE DE SEVRAGE PROLONGÉ

Y.Kharrafat : Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghouan.
N. Ben Slimene : Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghouan.
B.Ben Dhia : Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghouan.
K.Ben Ismail : Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghouan.
I.Talik : Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghouan.
A.Falfoul : Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghouan.
F.Essafi : Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghouan.
T.Merhabene : Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghouan.

Introduction : Le recours à la ventilation mécanique s'avère souvent indispensable dans la prise en charge des cérébrolésés. En l'absence de comorbidités, le sevrage ventilatoire est habituellement facile. Ce processus peut être long et associé à plusieurs complications voir à un échec.

Objectif : L'objectif de notre étude était de déterminer les facteurs de risque d'un sevrage ventilatoire prolongé chez les cérébrolésés.

Méthode : Il s'agissait d'une étude rétrospective menée dans un service de réanimation médicale en Tunisie entre Janvier 2019 et Août 2023. Ont été inclus tous les patients intubés qui présentaient une agression cérébrale aiguë à l'admission ou au cours de leur séjour en réanimation. Ont été recueillies les données démographiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives des patients. Le sevrage était considéré prolongé si le patient avait besoin de plus de sept jours pour réussir une épreuve de ventilation spontanée.

Résultat : Ont été inclus 66 patients avec un genre-ratio de 5,6. L'âge moyen était de $45,2 \pm 19,2$ ans. Les moyennes des scores IGSII étaient de $37,08 \pm 15,94$ et APACHEII $15,92 \pm 7,51$. Les comorbidités les plus représentées étaient l'épilepsie chez huit patients (12%), l'accident vasculaire cérébral chez huit (12%), l'hypertension artérielle chez sept (10%) et les pathologie respiratoires chroniques chez six patients (9%). Soixante-dix-neuf pourcent ($n=52$) des patients étaient admis pour prise en charge d'un traumatisme crânien grave, 15% ($n=10$) pour état de mal convulsif et 6% ($n=4$) en post arrêt cardiaque. La durée médiane de sédation était de deux jours [1- 17]. La durée totale de ventilation mécanique était de cinq jours [1-41]. Trente-cinq patients (53%) ont reçu de l'osmothérapie et 32 (48,5%) ont nécessité le recours aux amines dès l'admission pour un état de choc hémorragique post-traumatique. Un sevrage prolongé était identifié chez vingt-sept patients (40,9%) : 17 patients (63%) ont pu être extubés et six (23%) ont nécessité le recours à la trachéotomie et quatre (14%) décédés. Quatre des patients trachéotomisés sont décédés et deux ont été décanulés ultérieurement.

L'analyse multivariée a montré comme facteur de risque de sevrage ventilatoire prolongé la survenue d'infections nosocomiales ($OR=10,5$; IC 95% [1,75-62,84] ; $p=0,01$). L'osmothérapie ainsi que l'intubation orotrachéale pour détresse hémodynamique isolée étaient retenues comme facteurs protecteurs contre le sevrage prolongé (respectivement $OR=0,12$; IC95% [0,001-0,147] ; $p=0,01$ et $OR=0,066$; IC95% [0,009-0,477] ; $p=0,007$). Dix patients ont gardé des séquelles motrices et/ou neurologiques parmi les 26 survivants. La durée médiane de séjour en réanimation était de 9 jours [1-64].

Conclusion : Le sevrage ventilatoire représente un challenge au cours de la prise en charge des cérébrolésés. Dans notre étude, la survenue d'infections nosocomiales était retenue comme facteur de risque d'un sevrage prolongé.

P 157 ÉVOLUTION DES PARAMÈTRES VENTILATOIRES ET GAZOMÉTRIQUES DES PATIENTS ATTEINTS DE LA COVID-19 EXTUBÉS AVEC SUCCÈS

S.Sellaouti : Réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami de Pneumo-Phtisiologie.

A.Jamoussi : Réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami de Pneumo-Phtisiologie.

N.Ben Mrad : Réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami de Pneumo-Phtisiologie.

E.Rachdi : Réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami de Pneumo-Phtisiologie.

F.Jarraya : Réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami de Pneumo-Phtisiologie.

S.Ayed : Réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami de Pneumo-Phtisiologie.

J.Ben Khelil : Réanimation médicale Hôpital Abderrahmen Mami de Pneumo-Phtisiologie.

Introduction : Le sevrage ventilatoire des patients intubés atteints de la COVID-19 est caractérisé par sa difficulté avec une mortalité élevée. Le processus de sevrage ventilatoire requière le monitoring quotidien des paramètres ventilatoires et gazométriques.

Objectif : Décrire l'évolution des paramètres ventilatoires et gazométriques au cours des sept premiers jours de l'intubation orotrachéale des patients extubés avec succès atteints de la COVID-19.

Méthode : Etude descriptive, prospective, monocentrique menée de septembre 2020 à décembre 2021. Ont été inclus tous les patients adultes atteints de COVID-19 compliqué de SDRA sévère, qui ont nécessité le recours à la ventilation mécanique invasive avec succès de sevrage ventilatoire. Les données clinico-biologiques ainsi que les paramètres ventilatoires et les données gazométriques concomitantes ont été recueillis quotidiennement durant les 7 premiers jours.

Résultat : Vingt-cinq patients ont été inclus. L'âge médian de la population étudiée était de 57 [45-63] ans. Le genre-ratio était égal à 2,1. Les scores IGS2 et APACHE2 étaient respectivement de 25[22-34] et 9[7-11]. L'obésité et le diabète ont été retrouvés chez 36% des patients et l'hypertension artérielle chez 40% des patients. Le délai médian de l'intubation orotrachéale était de 2 [0,5-3] jours. Au premier jour, tous les patients étaient sédatisés et curarisés, 36% des patients ont nécessité un recours immédiat au décubitus ventral, le rapport PaO_2/FiO_2 médian était de 109[74-144] mmHg, la pression motrice médiane de 12[11-13] cmH₂O, la compliance statique médiane de 28[22-32] mL/cmH₂O-1 et le ratio ventilatoire médian de 2,26[1,66-2,81]. Au cinquième jour, 52% des patients étaient sédatisés, 36% des patients étaient curarisés, 1 seul patient a nécessité le recours au décubitus ventral, le rapport PaO_2/FiO_2 médian était de 207[151-257] mmHg, la pression motrice médiane était de 13[11-17] cmH₂O, la compliance statique médiane de 29[18-34] mL/cmH₂O-1 et le ratio ventilatoire médian de 2,35[1,71-3,15]. Au septième jour, 20%

des patients étaient sédatisés, 20% étaient curarisés, le rapport PaO₂/FiO₂ médian était de 158[132-215] mmHg, la pression motrice médiane de 14[11-18] cmH₂O, la compliance statique médiane de 21[16-31] mL/cmH₂O-1 et le ratio ventilatoire médian de 2,47[1,75-2,77]. La durée médiane de la sédation durant les 7 premiers jours était de 6[4-7] jours, celle des curares de 4[3-7] jours et celle du décubitus ventral de 3[2-4,5] jours.

Conclusion : Durant les 7 premiers jours de la ventilation des patients atteints de COVID-19 avec succès du sevrage ventilatoire, les paramètres ventilatoires et gazométriques sont caractérisés par l'amélioration de l'oxygénation et la stabilité de la pression motrice et du ratio ventilatoire

P 158 DÉTRESSE RESPIRATOIRE RÉVÉLATRICE D'UNE FORME SÉVÈRE D'ŒDÈME ANGIONEUROTIQUE

S.Khabouchi : Services des Urgences Hopital Charles Nicolle.

S.Ouerghi : Services des Urgences Hopital Charles Nicolle.

D.Hosni : Services des Urgences Hopital Charles Nicolle.

O.Boukthir : Services des Urgences Hopital Charles Nicolle.

S.Othmani : Services des Urgences Hopital Charles Nicolle.

S.Jouini : Services des Urgences Hopital Charles Nicolle.

Introduction : la morbidité et la mortalité liées à l'angio-œdème (AE) médié par la bradykinine (BK) sont considérables. Si les voies respiratoires supérieures sont touchées, cela est associé à un traitement d'urgence et à une admission en unité de soins intensifs.

Cas clinique : Nous rapportons le cas d'une femme âgée de 43 ans ayant des antécédents d'œdème angioneurotique suivi en service de médecine interne et un kyste de l'ovaire opéré. Elle s'est présentée aux urgences avec dyspnée et œdème du visage et des voies respiratoires supérieures. L'examen physique a révélé des voies respiratoires à risque, une polypnée (RR = 30), un œdème de la face, des yeux et des voies respiratoires supérieures. La SpO₂ était à 98 %. Les paramètres hémodynamiques étaient stables : la PAS était à 130 mmHg et la PAD à 70 mmHg avec une fréquence cardiaque à 100 bpm. L'examen neurologique a révélé un GCS=15/15 sans déficit neurologique. La conduite thérapeutique initiale consistait à administrer des corticostéroïdes par voie intraveineuse, des bronchodilatateurs et un aérosol d'adrénaline. L'état respiratoire s'aggrave et la patiente est devenue bradypnéique et cyanosée. En raison de signes d'épuisement respiratoire et d'œdème étendu, la patiente a été intubée pour détresse respiratoire. Le bilan biologique a montré une fonction rénale normale, CRP négative, anémie normocytaire normochrome (HB=9g/dl), Hyperleucocytose (GB =13 000) sans hyperéosinophilie. Le gaz sang a montré une hypoxémie (paO₂ = 50 mmHg) et une acidose lactique (pH = 7,17, lactates = 4,57). La conduite thérapeutique était de poursuivre les corticoïdes et les bronchodilatateurs par voie intraveineuse, et d'administrer Exacyl 1g puis Exacyl 1g par pousse-seringue pendant 6 heures. L'évolution est marquée par la régression de l'œdème de la face et des voies respiratoires supérieures. Le patient a été puis transféré en soins intensifs.

Conclusion : La connaissance des angio-œdèmes bradykinique et de leur traitement est un facteur déterminant dans la prise en charge de ces patients.

P 159 PRISE EN CHARGE DES PATIENTS INTUBÉS VENTILÉS EN MILIEUX DE CARDIOLOGIE : EXPÉRIENCE DU CENTRE HOSPITALIER FARHAT HACHED

FRIGUI HEDI : Cardiologie Farhat Hached CHU Farhat Hached.

Bouaziz Slim : Réanimation anesthésie CHU Aghlabides Kairouan.

Ichrmad Fatma : Cardiologie Farhat Hached Hopital Farhat Hached.

Dabbebi Fatma : Cardiologie Farhat Hached Hopital Farhat Hached.

Ernez Samia : Cardiologie Farhat Hached CHU Farhat Hached.

Introduction : l'intubation orotrachéale implique la survenue minimale d'une double détresse vitale. Il s'agit d'une procédure à haut risque, associée à une incidence élevée de complications d'où leurs prises en charge habituelle dans les milieux spécialisés à savoir les services de médecine intensives la ou les ressources humaines et matérielles peuvent gérer adéquatement ces cas. Malheureusement sous nos cieux, les places en réanimations sont très limitées d'où la sélectivité de ces services et l'obligation de prendre en charge certains des patients en milieux de cardiologie.

Objectif : décrire les caractéristiques épidémiologiques et étiologiques ainsi que le pronostic des patients intubés ventilés pris en charge exclusivement dans le service de cardiologie FARHAT HACHED.

Méthode : Etude rétrospective sur la période du 1 janvier 2022 au 31 juillet 2023. Incluant tous les patients intubés ventilés pris en charge exclusivement au service cardiologie FARHAT HACHED. Ont été exclus les patients intubés au service de cardiologie puis transférés en réanimation et les patients pris en charge en cardiologie après extubation.

Résultat : Parmi les neuf patients inclus dans l'étude, 67% étaient de sexe masculin et 33% de sexe féminin, avec un âge moyen de 65 ans. Les antécédents médicaux extracardiaques ont révélé une prévalence significative de Broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) (7 patients : 78 %), Insuffisance Rénale terminale (2 cas : 22%). La principale indication pour l'intubation et la ventilation mécanique était l'insuffisance cardiaque aiguë sévère non maîtrisée par la VNI dans (7 cas) et compliqué d'ACR hypoxiques dans 2 cas récupérés après l'oxygénothérapie. Ceci confirme l'importance de la PEC de cette étiologie qui est de loin la cause la plus fréquente de détresse respiratoire chez les patients en cardiologie. Mais cette décompensation cardiaque était associée à une exacerbation de BPCO dans (78 %) des cas et à une pneumopathie d'inhalation dans (6 cas 66.6%) aggravants la détresse respiratoire. Parmi les étiologies de ces insuffisances cardiaques graves : 1 cardiopathie valvulaire rhumatismale, 1 thrombose de prothèse, 1 perforation iatrogène de la coronaire per procédurale, 6 cardiopathies ischémiques (2 monotrunculaires : IVA proximale stentée avec succès / 4 tritrunculaires sévères non revascularisés) Parmi les complications observées : 100 % des patients ont développé une arythmie cardiaque, 66.6 % des cas des pneumopathies d'inhalations, 33% ont présenté une hypotension. Concernant le pronostic : les 2 patients dilatés sur l'IVA (22%) ont été extubés après 48 h. les 7 (88 %) autres patients sont décédés la durée moyenne de ventilation mécanique a été de 7 jours (ceci diverge des proportions enregistrées dans les services adaptés).

Conclusion : DISCUSSION : Le pronostic des patients intubés ventilés en cardiologie est très sombre comparés aux patients hospitalisés aux services de médecine intensive. Une étiologie respiratoire surtout les exacerbations des BPCO est très souvent associée au tableau cardiaque. Les seuls survivants sont les porteurs d'une cardiopathie ischémique récente avec un statut mono trunculaire concernant souvent l'IVA proximale qui sont stentés dans les délais. CONCLUSION La gestion médicale et paramédicale de ces patients est très délicate d'où la nécessité de les transférer vers les services adaptés

P 160 TRACHEOMALACIE ET DIVERTICULE TRACHEALE CAUSES RARES D'UNE INSUFFISANCE RESPIRATOIRE AIGÜE

A.Rebhi : Réanimation médicale Hôpital régional Kasserine.

M.Hamdi : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.

H.Nouira : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.

H.Messoudi : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.

R.Rajah : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.

R.Gharbi : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.

M.Fekih Hassen : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.

O.Jaoued : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.

H.Ben Sik Ali : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.

S.Elatrous : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.

Introduction : La trachéomalacie est caractérisée par une flaccidité du cartilage, responsable d'une réduction > 50% de la lumière trachéale lors de l'expiration. Elle peut être congénitale ou acquise. Nous rapportons le cas d'une insuffisance respiratoire aiguë secondaire à une trachéomalacie.

Cas clinique : Patient âgée de 62 ans, suivie pour une dilatation des bronches depuis plusieurs années, consulte les urgences pour une dyspnée haute avec wheezing et stridor. La gazométrie artérielle : une acidose métabolique avec hypoxémie. A la TDM thoracique : une dilatation trachéale > 5 cm avec présence d'un diverticule trachéal. L'évolution est marquée par une aggravation respiratoire motivant son intubation et sa ventilation mécanique. Malgré l'utilisation d'une sonde trachéale numéro 8, les fuites d'air étaient importantes. Elle a été mise sous traitement antibiotique. La trachéoscopie a montré : paroi trachéale très dilatée flasque avec perte de substance sur la totalité de la paroi postérieure jusqu'à la carène. L'acte chirurgical a été refusé. L'évolution était défavorable.

Discussion : La trachéomalacie est une maladie rare. Les causes congénitales se manifestent durant l'enfance. Les causes acquises sont principalement dues aux intubations, traumatisme trachéal, inflammations chroniques, les compressions extrinsèques, les polychondrites et rarement elle est idiopathique « syndrome Mounier-kuhn ». Dans notre cas, la DDB et l'inflammation chronique seraient l'étiologie la plus plausible. Elle peut être asymptomatique. Les manifestations cliniques les plus fréquentes sont la toux, la dyspnée, les infections récurrentes, les hémoptysies, les wheezing et le stridor. Son diagnostic repose sur la bronchoscopie (gold standard) en montrant un rétrécissement expiratoire > 50%. La TDM montre une dilatation trachéale très importante. Le traitement est avant tout symptomatique. La thérapie endoscopique avec la mise en place d'un stent permet d'empêcher le rétrécissement trachéal. Le traitement chirurgical est indiqué en cas d'échec de la thérapie endoscopique

Conclusion : La prise en charge adéquat et l'identification des patients à haut risque de développer une trachéomalacie permet d'éviter cette complication : la thérapie endoscopique permet de traiter la majorité des cas.

P 161 HEPATECTOMIES ET COMPLICATIONS PULMONAIRES(FACTEURS DE RISQUES ET RÔLE DU CLAMPAGE VASCULAIRE)

S.BENSAFIR : ANESTHESIE REANIMATION CHIRURGICALE EHU ORAN.
A.BOUCHERIT : ANESTHESIE REANIMATION CHIRURGICALE EHUORAN.

Introduction : Les complications pulmonaires représentent une des complications postopératoires fréquentes après hépatectomie. Le clampage vasculaire hépatique améliore les conditions opératoires, il augmenterait par contre le risque de sepsis post hépatectomie.

Objectif : L'objectif de se travail est d'identifier les facteurs de risque de complication pulmonaire après hépatectomie.

Méthode : Étude observationnelle, rétrospective, monocentrique, incluant les patients concernés d'une hépatectomie entre janvier et décembre 2022. La complication pulmonaire était définie par (SDRA), un (OAP), une pneumopathie et/ou un épanchement pleural drainé. Une hépatectomie majeure était définie par une résection d'au moins 3 segments hépatiques. Le clampage hépatique peut être intermittent ou continu. Les données démographiques, comorbidités et caractéristiques peropératoires ont été analysées en univariée et multivariée.

Résultat : 34 hépatectomies ont été réalisées. 56 pour cent des hépatectomies ont été réalisées avec clampage vasculaire, 86 % intermittent et 14 % continu (dont 2 % une exclusion vasculaire du foie et 98 % un clampage du pédicule hépatique). Une hépatectomie majeure a été réalisée chez 11 patients (33 %). Une complication pulmonaire a été observée chez 10 patients (31 %). La durée de séjour en soins intensifs et réanimation était de 8 ($\pm$ 5) jours dans le groupe complications pulmonaires versus 3 ($\pm$ 7) jours dans le groupe absence de complications pulmonaires ($p < 0,001$). En analyse univariée, l'âge > 70 ans ($p = 0,85$), le IMC > 30 kg/m² ($p = 0,06$), le clampage hépatique ($p = 0,06$), la présence d'une BPCO ($p = 0,06$) et un score ASA > 2 ($p = 0,054$) n'étaient pas significativement associés à une complication pulmonaire. La présence d'une hépatopathie ($p = 0,02$), d'une hépatectomie majeure ($p = 0,002$) et d'un choc peropératoire > 500 mL ($p = 0,03$) étaient significativement associés à l'apparition d'une complication pulmonaire. En analyse multivariée, deux facteurs étaient prédictifs d'une complication pulmonaire : la réalisation d'une hépatectomie majeure (OR = 3,94 IC 95 % [1,50–10,58] $p = 0,005$), et la présence d'une BPCO (OR = 3,33 IC 95 % [1,19–9,28] $p = 0,021$).

Conclusion : L'ischémie hépatique ne semble pas favoriser les complications pulmonaires. Une explication pourrait être que la qualité de l'acte chirurgical permis par le clampage correspondait à l'effet délétère pulmonaire de l'ischémie reperfusion hépatique.

P 162 DEVENIR DES PATIENTS ADMIS POUR DYSPNÉE AUX URGENCES

H. Affes : Service des urgences et SAMU04 CHU Habib Bourguiba de Sfax.
R. Karray : Service des urgences et SAMU04 CHU Habib Bourguiba de Sfax.
I. Selem : Service des urgences et SAMU04 CHU Habib Bourguiba de Sfax.
F. Issaoui : Service des urgences et SAMU04 CHU Habib Bourguiba de Sfax.
N. Boujelben : Service des urgences et SAMU04 CHU Habib Bourguiba de Sfax.
H. Kessentini : Service des urgences et SAMU04 CHU Habib Bourguiba de Sfax.
L. Kammoun : Service des urgences et SAMU04 CHU Habib Bourguiba de Sfax.
O. Chakroun : Service des urgences et SAMU04 CHU Habib Bourguiba de Sfax.
A. Chaari : Service des urgences et SAMU04 CHU Habib Bourguiba de Sfax.
N. Rekik : Service des urgences et SAMU04 CHU Habib Bourguiba de Sfax.

Introduction : La dyspnée aiguë est un motif fréquent d'admission à la salle d'accueil des urgences vitales (SAUV). L'orientation ultérieure de ces patients est cruciale pour la qualité des soins et le bon fonctionnement des urgences.

Objectif : L'objectif de notre travail a été d'étudier l'orientation des patients admis pour une dyspnée aux urgences et d'examiner comment l'âge et le diagnostic final retenu l'influencent.

Méthode : Il s'agit d'une étude prospective et descriptive menée au service des urgences, colligeant tout patient admis initialement à la SAUV pour dyspnée durant une période de 6 mois allant du Février 2022 au Juillet 2022 et pris en charge à l'UHCD.

Résultat : On a inclus 173 patients ayant une moyenne d'âge de 66,27 ans $\pm$ 16 ans. Les sujets âgés (> 65 ans) représentaient la classe d'âge prédominante (63% ; $n=109$). Seulement 14 patients (8,1%) étaient sans ATCDs et 99 patients (57,2%) avaient trois ATCDs ou plus. Nous avons noté une prédominance des ATCDs pulmonaires (49,1%) et

cardiaques (41,6%) en plus de l'HTA (49,7%) et du diabète (38,2%). Les 3 diagnostics finals retenus les plus fréquents étaient : la pneumopathie infectieuse chez 46% (n=80) de la population, l'OAP cardiogénique chez 36,9% (n=64) des patients et l'exacerbation aiguë d'une BPCO chez 26% (n=45) des patients. 44 patients (25%) avaient 2 diagnostics associés tel que les cas des décompensations cardiopulmonaire. Les patients chez lesquels on a retenu le diagnostic de pneumopathie présentaient une durée de séjour aux urgences considérable avec une moyenne de $3,89 \pm 3,75$ jours. Les patients ayant présenté un OAP avait la durée de séjour aux urgences la moins courte avec une moyenne de $2,66 \pm 1,7$ jours, le taux de transfert aux services d'aval le plus important (48,4% ; n=31) et le taux de mortalité le plus bas (6,3% ; n=4). L'orientation des patients ayant exacerbé leur BPCO était similaire à celle des OAP avec 46,7% (n=21) de transferts, 44,4% (n=20) de sortants des urgences et une mortalité de 6,7% (n=3). Mais avec la particularité d'un taux important de transfert en réanimation (17% ; n=8). En plus du diagnostic retenu, l'âge des patients a clairement influencé leur orientation. On a noté qu'avec l'âge, le pourcentage des patients transférés a diminué en faveur d'un séjour en UHCD et sortie des urgences. Les sujets âgés ont bénéficié d'un lit d'aval dans seulement 34,9% des cas (n=38) versus 54,4% (n=31) pour les adultes et 71,4% (n=5) pour les adolescents. Cette différence a également concerné le taux d'accès au service de réanimation, dont seulement 5 patients âgés y ont été transférés (soit 4,6% de cette classe d'âge) versus 10 adultes (17,5%) et 2 adolescents (28,57%). Presque la moitié des sujets âgés admis pour dyspnée aux urgences (47,7% ; n=52) ont été pris en charge à l'UHCD jusqu'à leur sortie. La durée du séjour aux urgences était similaire chez les différentes classes d'âge.

Conclusion : Les défis liés à l'orientation des patients admis pour dyspnée aux urgences soulignent la nécessité de mener des études à plus grande échelle. Ces recherches pourraient fournir des informations importantes pour l'optimisation de l'allocation des ressources et l'adaptation des capacités d'accueil des différents services hospitaliers, contribuant ainsi à améliorer la qualité des soins et à répondre de manière plus efficace aux besoins des patients.

P 163 IMPACT DE L'ÂGE SUR LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ADMIS POUR UNE DYSPNÉE AUX URGENCES

H. Affes : Service des urgences et SAMU04 CHU Habib Bourguiba de Sfax.

R. Karray : Service des urgences et SAMU04 CHU Habib Bourguiba de Sfax.

I. Salem : Service des urgences et SAMU04 CHU Habib Bourguiba de Sfax.

F. Issaoui : Service des urgences et SAMU04 CHU Habib Bourguiba de Sfax.

H. Drira : Service des urgences et SAMU04 CHU Habib Bourguiba de Sfax.

N. Boujelbene : Service des urgences et SAMU04 CHU Habib Bourguiba de Sfax.

L. Kammoun : Service des urgences et SAMU04 CHU Habib Bourguiba de Sfax.

O. Chakroun : Service des urgences et SAMU04 CHU Habib Bourguiba de Sfax.

N. Rekik : Service des urgences et SAMU04 CHU Habib Bourguiba de Sfax.

Introduction : La dyspnée aiguë est un motif fréquent de consultation aux urgences. Le diagnostic différentiel est vaste, allant de l'attaque de panique aux pathologies plus graves engageant le pronostic vital, telles que d'œdème aigu du poumon, qu'il soit cardiogénique ou lésionnel. Elle pose des difficultés diagnostiques dues à la multiplicité des étiologies, aux atypies sémiologiques et aux difficultés d'interprétation des examens complémentaires. Elle pose en plus des difficultés de décisions thérapeutiques devant une population de plus en plus âgée et ayant de plus en plus de comorbidités.

Objectif : L'objectif de notre travail a été d'étudier l'influence de l'âge sur les décisions thérapeutiques dans la prise en charge des patients admis pour dyspnée aux urgences

Méthode : Il s'agit d'une étude prospective, descriptive et analytique menée à l'unité de soins intensifs du service des urgences, colligeant tout patient admis pour dyspnée durant une période de 6 mois allant du Février 2022 au Juillet 2022 et pris en charge à l'UHCD.

Résultat : On a inclus 173 patients ayant une moyenne d'âge de 66,27 ans $\pm$ 16 ans. Les sujets âgés (> 65ans) représentaient la classe d'âge prédominante (63% ; n=109), suivie par la classe des adultes (25 à 64 ans) représentant 32,9% de l'échantillon (n=57) et enfin 7 patients (4%) seulement de la classe des adolescents (15 à 24 ans). Une prédominance masculine a été notée avec un sexe ratio de 1,7. Au niveau du moyen d'arrivée du patient aux urgences, on a trouvé une différence significative ($p=0.038$) selon la classe d'âge; les sujets âgés arrivaient plus par ambulance type B (31,2% ; n=29) par apport aux sujets plus jeunes (26,7% ; n=15) et l'admission était la suite d'une intervention des équipes de SAMU04 en pré hospitalier chez 29% (n=27) des sujets âgés versus seulement 10,7% (n=6) du reste de la population. Ce qui peut être expliqué par des comorbidités plus importantes chez la classe des sujets âgés ; en effet la moyenne du nombre des ATCD chez ces derniers était de 3.39 versus 2.18 chez les adultes et 1.29 chez les adolescents. Comme support ventilatoire, on a trouvé plus de recours à l'intubation et à la ventilation mécanique chez les adolescents (42,9% ; n=3) et les adultes (26,3% ; n=15) que chez les sujets âgés (10.1% ; n=11) avec une différence significative ($p=0.005$). Par contre, ces derniers ont bénéficié de plus de ventilation non invasive (61,5% ; n=67) que les adultes (54,4% ; n=31) et les adolescents (14,3% ; n=1) avec une différence significative ($p=0.048$). Le diagnostic définitif retenu n'a pas expliqué cette différence vu que le pourcentage des OAP cardiogénique et des

exacerbations aiguë de BPCO ; les 2 indications majeures de la VNI ; était similaire chez sujets âgés et adultes. Ces résultats sont plutôt dus aux décisions difficiles auxquels est confronté le clinicien devant des sujets âgés présentant de nombreuses morbidités et comorbidités. Outre l'indication médicale, une évaluation globale du sujet âgé fragile est l'élément clé de la décision à une intensification des soins. La notion de fragilité comprend des données médicales, fonctionnelles et sociales. Ainsi, son évaluation tient compte des comorbidités et de l'âge du patient, mais surtout de ses capacités fonctionnelles, de son état nutritionnel et cognitif. Les ressources disponibles aux urgences et les capacités limitées en matière de ventilation mécanique, entraîne aussi une utilisation plus sélective chez les patients.

Conclusion : La dyspnée est une plainte fréquente chez les patients admis aux urgences. Le facteur de risque le plus observé était l'âge avancé, ainsi que la présence de comorbidités multiples. Ceci est à l'origine de difficultés non seulement diagnostiques mais aussi décisionnelles vis-à-vis l'intensification des soins chez cette population fragile.

P 164 LA TRACHÉOTOMIE CHEZ LES PATIENTS BRÛLÉS : ÉTUDE DESCRIPTIVE

Y.Kharat : Réanimation des brûlés Centre de traumatologie et des grands brûlés, Tunis.

H.Fredj : Réanimation des brûlés Centre de traumatologie et des grands brûlés, Tunis.

A.Ben Hammed : Réanimation des brûlés Centre de traumatologie et des grands brûlés, Tunis.

L.Debbiche : Réanimation des brûlés Centre de traumatologie et des grands brûlés, Tunis.

S.Zarrouk : Réanimation des brûlés Centre de traumatologie et des grands brûlés, Tunis.

I.Jami : Réanimation des brûlés Centre de traumatologie et des grands brûlés, Tunis.

B.Gasri : Réanimation des brûlés Centre de traumatologie et des grands brûlés, Tunis.

A.Mokline : Réanimation des brûlés Centre de traumatologie et des grands brûlés, Tunis.

AA.Messaadi : Réanimation des brûlés Centre de traumatologie et des grands brûlés, Tunis.

Introduction : La trachéotomie est une procédure courante utilisée en réanimation essentiellement pour le sevrage prolongé de la ventilation mécanique.

Objectif : L'objectif de notre étude était de décrire les indications, le délai, les techniques et les complications de cette procédure chez les patients brûlés.

Méthode : Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive menée au service de réanimation des brûlés sur une période de 10 ans (Janvier 2013-Avril 2023), incluant les patients brûlés trachéotomisés. Les données démographiques et cliniques y compris les données de la ventilation et de la trachéotomie ont été recueillies.

Résultat : Pendant la période de l'étude, 3725 patients brûlés étaient hospitalisés, dont 960 patients étaient intubés ventilés, 560 avaient une durée de séjour de plus de 72H. Trente-neuf patients ont eu une trachéotomie soit une incidence de 7 %. L'âge moyen de ces patients était de 30 ± 12 ans. La surface corporelle brûlée moyenne était de 33 ± 17 avec un score UBS moyen de 74,43 un score ABSI moyen de 5,8 et un score IB moyen de 63. Les circonstances des brûlures étaient dominées par les tentatives de suicide (75,8 %). Le délai moyen d'indication de la trachéotomie était de 10 ± 4 jours avec un délai moyen de réalisation de 30 ± 11 jours. L'indication était dans 80 % des cas un sevrage prolongé et dans 20 % des cas une sténose trachéale. La trachéotomie était chirurgicale dans 80% des cas (n=31) et percutanée dans 20% des cas (n=8). Les complications associées à la trachéotomie étaient deux cas de fistule œso-trachéale et un cas de pneumothorax. Cinq patients ont été décanulés avec succès.

Conclusion : La trachéotomie chez les patients brûlés était principalement indiquée en cas d'échec du sevrage de la ventilation mécanique, réalisée souvent tardivement et essentiellement compliquée de fistule oeso-trachéale.

P 165 GRAND LAVAGE PULMONAIRE THÉRAPEUTIQUE SOUS ECMO VEINO-VEINEUSE : A PROPOS D'UN CAS DE LIPOPROTÉINOSE ALVÉOLAIRE AUTO-IMMUNE

W. Bourhil : Département d'Anesthésie-Réanimation Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis.
M. Zakraoui : Département d'Anesthésie-Réanimation Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis.
F. Abid : Département d'Anesthésie-Réanimation Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis.
C. Romdhani : Département d'Anesthésie-Réanimation Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis.
W. Sellami : Département d'Anesthésie-Réanimation Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis.
W. Samoud : Département d'Anesthésie-Réanimation Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis.
A. Rebaï : Département d'Anesthésie-Réanimation Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis.
S. Boughariou : Département d'Anesthésie-Réanimation Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis.
M. Lajmi : Service de Chirurgie Cardiovasculaire Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis.
S. Chenik : Service de Chirurgie Cardiovasculaire Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis.
I. Mejri : Service de Pneumologie Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis.
Z. Moatemri : Service de Pneumologie Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis.
I. Labbene : Département d'Anesthésie-Réanimation Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis.
M. Ferjani : Département d'Anesthésie-Réanimation Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis.

Introduction : La lipoprotéinose alvéolaire (LPA) est une maladie rare secondaire à un défaut de clairance des lipides et protéines dérivés du surfactant entraînant leur accumulation dans les alvéoles. Le traitement de référence est le grand lavage pulmonaire.

Cas clinique : Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 29 ans qui a été admise en Réanimation pour une insuffisance respiratoire aiguë hypoxémique. Elle a dans ses antécédents une myasthénie et une LPA auto-immune. L'examen initial a retrouvé une patiente dyspnéique, une SpO₂ à 85% sous masque à haute concentration à 15 L/min d'oxygène, des râles crépitants aux deux champs pulmonaires et un score myasthénique à 60. L'échocardiographie était normale et l'échographie pulmonaire a mis en évidence un profil B bilatéral. Le scanner thoracique a montré une pneumopathie infiltrante diffuse avec un aspect de « crazy paving ». Tous les prélèvements à visée microbiologique étaient négatifs. Le lavage pulmonaire sous bronchoscopie, traitement de référence des exacerbations de LPA, était impossible à réaliser devant la précarité de l'état respiratoire. La patiente a été mise initialement sous oxygénothérapie à haut débit nasal. L'évolution s'est faite vers l'aggravation respiratoire malgré l'initiation précoce d'échanges plasmatiques. Après intubation et mise sous ventilation protectrice. Le rapport P/F était à 50 malgré la sédation, la curarisation, le recours au décubitus ventral et au monoxyde d'azote inhalé. La décision était de mettre la patiente sous ECMO veino-veineuse et de réaliser un lavage pulmonaire par 30 litres de sérum salé isotonique. L'acte s'est déroulé sans incidents. L'ECMO a été sevrée à J15 de l'implantation et une trachéotomie percutanée a été réalisée au décours. Après un sevrage ventilatoire prolongé la patiente a été décanulée après une première cure de Rituximab.

Conclusion : Le traitement combiné des LPA par grand lavage pulmonaire et ECMO veino-veineuse est très peu rapporté dans la littérature. Il s'agit à notre connaissance du 3^{ème} cas répertorié dans le monde.

P 166 UNE DYSPNEE AIGUE HAUTE EN RAPPORT AVEC UN ABCES RETRO-PHARYNGE : UNE ETUDE CLINIQUE À PROPOS D'UN CAS

D. HOSNI : Urgences hopital charles nicolles tunis.
S. KHABOUCI : Urgences hopital charles nicolles tunis.
S. OUERGHI : Urgence hopital charles nicolles.
A. ARBAOUI : Urgences HCN.
S. OTHMANI : Urgences HCN.
H. HEDHLI : Urgences HCN.
S. JOUINI : Urgences HCN.

Introduction : La dyspnée haute aiguë est une urgence diagnostique et thérapeutique dont les étiologies sont multiples et parfois graves.

Cas clinique : Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 71 ans aux ATCDs de HTA, diabète et FA admis dans nos urgences pour une dyspnée haute aiguë avec fièvre évoluant progressivement 3 jours avant son admission. L'examen clinique initiale a objectivé un patient polyénique, voix rauque, stable sur le plan HD et neurologique, fébrile, GAD correcte, pas d'œdème de luette, gorge érythémateuse, auscultation pulmonaire libre. A la biologie, ionogramme sanguin normale, une fonction rénale correcte, un syndrome inflammatoire. Une TDM cervico-thoracique a conclu à une collection rétro-pharyngée responsable d'un rétrécissement de la lumière laryngée avec une densification de la graisse médiastinale. Le patient a reçu des nébulisations d'adrénaline, il a été mis sous antibiotique puis transféré au service d'ORL devant l'indication d'un acte opératoire.

Conclusion : Les dyspnées aiguës hautes sont d'origines multiples et dont le diagnostic se repose sur des arguments clinico- biologiques et radiologiques.

P 167 SYNDROME THORACIQUE AIGU EN REANIMATION : EPIDEMIOLOGIE ET PRONOSTIC

N.ZAROUENE : Réanimation médicale Abderrahman Mami.

E.Rachdi : Réanimation médicale Abderrahman Mami.

N.BEN MRAD : Réanimation médicale Abderrahman Mami.

F.Jarraya : Réanimation médicale Abderrahman Mami.

S.AYED : Réanimation médicale Abderrahman Mami.

M.BESBES : Réanimation médicale Abderrahman Mami.

A.JAMOUSSI : Réanimation médicale Abderrahman Mami.

J.BEN KHELIL : Réanimation médicale Abderrahman Mami.

Introduction : Le syndrome thoracique aigu (STA) est la complication pulmonaire aiguë de la drépanocytose. Il est défini par l'association d'un infiltrat radiologique à une symptomatologie respiratoire (dyspnée ou douleur thoracique) et/ou fièvre.

Objectif : Etudier les caractéristiques démographiques, clinico-biologiques, bactériologiques et pronostiques des patients ayant eu un STA en réanimation.

Méthode : Etude rétrospective descriptive mono-centrique menée au service de réanimation médicale entre 2017 et 2023. Tous les patients drépanocytaires admis pour un STA ont été inclus. Les patients avec des données manquantes ont été exclus.

Résultat : Durant cette période d'étude, 2911 patients ont été hospitalisés dont 22 pour STA soit une incidence à 0,5. L'âge médian était à 30 ans avec un genre ratio à 2,6. La drépanocytose était homozygote dans 16 cas, hétérozygote dans 3 cas et composite dans 3 cas. Les antécédents respiratoires étaient présents chez 5 patients, la nécrose aseptique de la tête fémorale chez 3 patients et l'hypertension artérielle chez 1 patient et 10 patients étaient tabagiques. Les signes cliniques étaient dominés par la dyspnée (n=21), les douleurs thoraciques (n=19) et la fièvre (n=15). L'IGSII et l'APACHE médians étaient à 15,5 et 7,5 respectivement. La tomodensitométrie thoracique a montré des condensations parenchymateuses bilatérales exclusives dans 6 des cas ou en association avec une embolie pulmonaire (n=5), avec des troubles ventilatoires (n=3). Des troubles ventilatoires exclusifs ont été observés dans 2 des cas. L'échographie transthoracique a montré un cœur pulmonaire aigu dans 40 cas. Les étiologies étaient dominées par les pneumopathies (n=15) suivies par les atélectasies (n=8) et les embolies pulmonaires (n=5). Les germes les plus fréquents dans la pneumopathie étaient le pneumocoque (n=9), l'*Haemophilus influenzae* (n=2) et le *Staphylocoque aureus* (n=2). Le traitement associait des morphiniques (n=9), une antibiothérapie (n=15) et une transfusion (n=5). Le recours à l'intubation était nécessaire chez 5 malades. La durée de séjour médiane était de 5 jours et la mortalité était de 14% (n=3).

Conclusion : Le STA est une des complications majeures chez les drépanocytaires et reste la principale cause de mortalité chez l'adulte. Il nécessite une prise en charge précoce en milieu de réanimation afin de diminuer sa morbi-mortalité

P 168 AH1N1 INFLUENZA-INDUCED PULMONARY EMBOLISM WITHOUT DEEP VENOUS THROMBOSIS: A COMPLICATION NOT TO BE IGNORED.

Amira HMAIDI, : Service de Réanimation Médicale, CHU Sahloul, Sousse..
Rafila BEN DABEBISS, : Service de Réanimation Médicale, CHU Sahloul, Sousse..
Abdelkader MALLEK, : Service de Réanimation Médicale, CHU Sahloul, Sousse..
Hajer YAHYAOU, : Service de Réanimation Médicale, CHU Sahloul, Sousse..
HMOUDA Houssein : Service de Réanimation Médicale, CHU Sahloul, Sousse..

Introduction : In recent years, clinical data and autopsy findings, suggested that AH1N1 virus infection may be complicated by de novo pulmonary embolism (PE). We report a case of PE without deep venous thrombosis in a patient with influenza AH1N1 virus infection.

Cas clinique : A 69-year-old male patient, known to have diabetes, hypertension, with a 4-day history of productive cough, shortness of breath, and fever, was brought to Emergency Room (ER) for breathing difficulties. On examination, he was conscious, tachypnoeic at 40/minute, tachycardic at 136/mn, and febrile at 38.6 °C. He had Bilateral basal crackles, cyanosis, and oxygen saturation was 77% on room air. Chest X-ray showed bilateral heterogeneous alveolo-interstitial infiltrates. Non-invasive ventilation (NIV) was attempted, but his respiratory condition deteriorated rapidly. Therefore, tracheal intubation with invasive mechanical ventilation was instituted, and the patient was sedated and transferred to the medical ICU. He was in severe ARDS with refractory hypoxemia ($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 = 90$, $\text{PEP} = 8 \text{ cm H}_2\text{O}$), requiring prone positioning and inhaled Nitric Oxide. Real time PCR was positive for AH1N1 influenza virus infection. He was treated with oseltamivir, cefotaxime, hydrocortisone (50mg qid), and low molecular weight heparin (LMWH) for deep venous thrombosis prevention. Chest computed tomography (CT) revealed bilateral lower lobes, middle lobe and lingular segment, dense ground glass opacities, and right inferior segmental pulmonary embolism. Curative anticoagulation was not started initially because of severe thrombocytopenia, that required temporary withdrawal of preventive LMWH. HIT syndrome was ruled out. After 14 days of mechanical ventilation, the patient's $\text{PaO}_2 / \text{FiO}_2$ ratio improved, as well as chest X-ray. Weaning process was started and extubation was performed after 15 days of ICU stay. Platelet count has normalized spontaneously, and anticoagulation with Rivaroxaban was initiated. Outcome was favorable and the patient was discharged from the ICU.

Conclusion : Clinicians should be aware of the possibility of pulmonary embolism in patients with acute respiratory symptoms related to AH1N1 infection, even in the absence of deep venous thrombosis. Prospective studies are needed to confirm this possible association.

P 169 HIGH-RISK PULMONARY EMBOLISM: MANAGEMENT AND PREDICTORS OF MORTALITY

Y.Ben Ali : Medical Intensive Care Unit1 Ibn Jazzar University Hospital,Kairouan,Tunisia.
A.Jamel : Cardiology Department2 Ibn Jazzar University Hospital,Kairouan,Tunisia.
H.Belkhiria : Cardiology Department2 Ibn Jazzar University Hospital,Kairouan,Tunisia.
H.Ammar : Cardiology Department2 Ibn Jazzar University Hospital,Kairouan,Tunisia.
K.Attia : Medical Intensive Care Unit1 Ibn Jazzar University Hospital,Kairouan,Tunisia.
D.Ben Braiek : Medical Intensive Care Unit1 Ibn Jazzar University Hospital,Kairouan,Tunisia.
S.Belhaj Youssef : Medical Intensive Care Unit1 Ibn Jazzar University Hospital,Kairouan,Tunisia.
D.Farjallah : Medical Intensive Care Unit1 Ibn Jazzar University Hospital,Kairouan,Tunisia.
A.Boufaries : Cardiology Department2 Ibn Jazzar University Hospital,Kairouan,Tunisia.
M.Kharraf : Cardiology Department2 Ibn Jazzar University Hospital,Kairouan,Tunisia.
N.Boukadida : Medical Intensive Care Unit1 Ibn Jazzar University Hospital,Kairouan,Tunisia.
N.Ben Halima : Cardiology Department2 Ibn Jazzar University Hospital,Kairouan,Tunisia.
J.Ayachi : Medical Intensive Care Unit1 Ibn Jazzar University Hospital,Kairouan,Tunisia.

Introduction : High-risk pulmonary embolism (HR-PE) is defined by systemic hypotension or cardiogenic shock. The diagnosis relies primarily on clinical probability and bedside echocardiography. Prompt confirmation of massive pulmonary embolism should be made to initiate thrombolysis.

Objectif : To evaluate the impact of thrombolytic therapy on in-hospital mortality and identify predictive factors of mortality in HR-PE patients.

Méthode : A retrospective study conducted between 2014 and 2020 in the intensive care unit of the cardiology department. All HR-PE patients were included, clinical, paraclinical characteristics and management were recorded.

Patients were divided into 2 groups: G1 (survivors) and G2 (deceased). The primary endpoint was in-hospital mortality. Univariate and multivariate analysis were performed to determine predictive factors of mortality.

Résultat : During the study period, HR-PE was diagnosed in 30 patients : 19 survivors (63.3%) and 11 deceased (36.7%). Main patient characteristics included a mean age of 57 ± 15 in G1 vs 61 ± 18 years in G2. Eight patients (42.2%) were men in G1 vs 45.4% in G2 without a significant difference. Neoplasia was more prevalent among the deceased patients (63.6% vs. 5.3%; $p < 0.001$). Survivors had a lower incidence of acute kidney injury upon admission (15.8% vs. 63.6%; $p = 0.007$). Notably, 81.8% of deceased patients had a negative T wave in precordial leads V1 and V2 compared to 31.6% of survivors with $p = 0.008$. Echocardiographic findings revealed a higher incidence of intracavitary thrombus, dilated right atrium, and pulmonary artery dilation in the deceased group in respectively 36.4% vs. 10.5% ($p = 0.08$), 72.7% vs. 31.6% ($p = 0.029$), and 90.9% vs. 57.7% of cases ($p = 0.057$). Bilateral pulmonary embolism was detected on chest CT scan in all deceased groups vs. 68.4% (13) of survivors with $p = 0.037$. All patients received thrombolytic therapy, the dosage was 100 mg for most patients, except for 4 who received half the dosage due to advanced age exceeding 78 years. Hemorrhagic stroke occurred in 4 deceased patients. Multivariate analysis did not reveal significant findings.

Conclusion : Thrombolytic therapy remains a critical intervention, but its administration should be carefully considered, particularly in elderly patients. Our findings suggest that age, neoplasia, acute kidney failure, and specific ECG and echocardiographic findings are predictors of mortality in HR-PE patients.

P 170 FACTEURS DE RISQUES DE SURVENUE D'EMBOLIE PULMONAIRE POST- TRAUMATIQUE

Emna Zouari : Réanimation médicale Habib Bourguiba sfax.

Rania Ammar : Réanimation médicale Habib Bourguiba sfax.

Najeh Baccouche : Réanimation médicale Habib Bourguiba sfax.

Atra Ben khalifa : Réanimation médicale Habib Bourguiba sfax.

Mabrouk Bahloul : Réanimation médicale Habib Bourguiba sfax.

Hedi chelly : Réanimation médicale Habib Bourguiba sfax.

Chokri Ben Hamida : Réanimation médicale Habib Bourguiba sfax.

Kamilia chtara : Réanimation médicale Habib Bourguiba sfax.

Mounir Bouaziz : Réanimation médicale Habib Bourguiba sfax.

Introduction : Les embolies pulmonaires post-traumatiques sont des complications graves et souvent sous-diagnostiquées. Cette étude examine les facteurs de risque associés à ces événements chez les patients ayant subi un traumatisme, afin d'améliorer leur prévention et leur prise en charge.

Objectif : Evaluer les facteurs de risques de survenue d'embolie pulmonaire post-traumatique.

Méthode : Cette étude prospective s'est déroulée sur une période d'un an au sein du service de réanimation polyvalente de l'Hôpital Habib Bourguiba à Sfax. Elle s'est concentrée sur les patients hospitalisés en contexte post-traumatique. Nous avons inclus les polytraumatisés âgés de 18 ans et plus, dont la durée de séjour en unité de soins intensifs (USI) dépassait les 48 heures. Le diagnostic d'embolie pulmonaire a été confirmé par une angio-tomodensitométrie thoracique.

Résultat : Pendant la période d'observation, nous avons inclus 97 patients. Nous avons observé une incidence d'embolie pulmonaire (EP) de 13 %. En ce qui concerne la nature des traumatismes subis par ces patients, les traumatismes crâniens ont été les plus fréquents, touchant 86 % des patients. Les traumatismes faciaux ont été observés chez 36 % des patients, tandis que 60 % ont subi des traumatismes thoraciques. Les traumatismes abdominaux ont été relevés chez 17,8 % des patients, tandis que 3,3 % ont présenté un traumatisme rénal direct. La durée moyenne du séjour en unité de soins intensifs (USI) a été de 17,78 jours. Les patients atteints d'une embolie pulmonaire ont présenté en moyenne des scores de gravité plus élevés, notamment un score SAPSII moyen de 20, un score SOFA moyen de 6,36, un score APACHE moyen de 17,27, un score TRISS moyen de 20,20 et un score RTS moyen de 5,60. En ce qui concerne les facteurs associés à la survenue d'une EP, nous avons constaté une corrélation significative entre la survenue de cette complication et la présence d'un traumatisme thoracique ($p = 0,045$) ainsi qu'un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 25 ($p = 0,024$).

Conclusion : La connaissance des facteurs de risque de survenue d'une embolie pulmonaire post-traumatique permettra d'améliorer la prise en charge afin de réduire les complications potentiellement graves.

P 171 ECG SUGGESTING ANTERIOR WALL ISCHEMIA IN A ... PULMONARY EMBOLISM

FRIGUI HEDI : Cardiologie Farhat Hached CHU Farhat Hached.
Bouaziz Slim : Réanimation anesthésie CHU Aghlabides Kairouan.
Dabbabi Fatma : Cardiologie Farhat Hached Hopital Farhat Hached.
Souii Slah : Reanimation anesthésie CHU Aghlabides kairouan.
ERNEZ Samia : Cardiologie Farhat Hached CHU Farhat Hached.

Introduction : The risk stratification of mortality in pulmonary embolism based on 2019 ESC guidelines take into account hemodynamic stability of the patient, the existence of right ventricular heart failure based on echocardiographic sign and cardiac ischemia based on troponine elevation. However, there is not a consensus about electrocardiographic sign particularly repolarisation trouble witch are in some cases very suggestive of high mortality risk but with the absence of guidelines, the « conduite à tenir » is individual like we report in this case.

Cas clinique : 51 years-old apparently in good health man, smoker presented at our emergency department with angina and dyspnea without orthopnea brutally installed 1 hour before. His blood pressure was 105/85 mm Hg and his heart rate 110 bpm. The cardio- pulmonary examination showed a tachypnea without rales. An electrocardiogram revealed right bundle branch block with ST segment elevation in anterior derivation without a mirror. The patient was treated with 300mg of clopidogrel, 250 mg of Salicélic Acide and 500 UI of non fractioned heparin. A coronarography performed in emergency surprisingly showed a normal coronary angiogram. A chest x-ray was normal. The blood gaz analysis revealed hypoxemia (pO₂ : 50 mm Hg), hypocapnea (pCO₂ : 30 mm Hg), hyposaturation (92%), increased D-dimers (920 ng/L), troponin US levels (1000ng/mL) and creatinin (54 umol/l). Computed tomography (with contrast) confirmed a diagnosis of pulmonary embolism (PE) via the disclosure of clots at the bifurcation of the common pulmonary artery and in its main branches (Figure 1). the echocardiogram revealed a dilated right ventricle (RV) associated with Systolic pulmonary blood pressure at 50 mm Hg the left ventricle was in normal size and normal function estimated with simson method to 70 %. Due to existence of persistant ischemia, the low bleeding risk of the patient and the fortunatly use of clopidogrel as PY12 pretreatment we decided to thrombolysis with plasminogen tissue activator (Alteplase). An ECG performed 90 minutes after showed the ST segment regression An echocardiogram at 72 h showed an improvement in the RV dilatation and pulmonary blood pressure (35 mm Hg). After favorable progression the patient was discharged and treatment with Rivaroxaban. The source of the embolism is not found in the etiologic research **DISCUSSION** Clear signs of myocardial ischemia have been described in PE: increased cardiac troponin levels, RV perfusion defects in scintigraphy, and even isolated infarctions of the RV in necropsies of patients with massive embolisms but no coronary artery disease It is due to the combination of a reduction in coronary perfusion (through the reduction in cardiac output and aortic pressure) and the increased right ventricular afterload. Acute, massive PE is associated with serious hemodynamic instability.

Mortality can be high if no treatment is provided (up to 30%). The initial progress of the disease appears to be better with thrombolysis. The majority of patients with PE are normotensive and stable at the time of diagnosis, although this does not necessarily imply a benign outcome: the prognosis varies depending on whether the RV is affected, as determined by echocardiography. Those who are initially stable but who show RV dysfunction or troponine elevation are at greater risk of mortality. But concerning the ECG signs, repolarisation trouble specially st segment elevation there no large clinical trials that determine the prognosis or the mortality prevalence. So miming the prognosis of acute coronary syndroma where an st elevation could be rapidly mortal, we taught that thrombolysis might be beneficial and life saving in this case.

Conclusion : Thrombolytic treatment should be provided in normotensive patients suffring of massive PE on an individual basis (as long as there is no increased risk of hemorrhage) and of course in the absence of an coronary angiogram lesion.

P 172 THE MANAGMENT OF CHEST PAIN IN THE EMERGENCY DEPARTMENT

TRIFA F : Urgences Rabta.
M.CHROUFA : Urgence Rabta.
MGHIRBI A : Urgence Rabta.
R.Baccouche : Urgence Rabta.
BOUBAKER R : Urgence Rabta.
H.Maghraoui : Urgence Rabta.

Introduction : Chest pain is a common reason for emergency use. It is fundamental to recognize among these chest pains, those related to a cardiovascular pathology. The physician must identify coronary insufficiency or eliminate it

Objectif : The purpose of this work is to assess the fate of patients consulting for chest pain and for whom the dose of troponins has been positive.

Méthode : This is a forward-looking study with a 4 months inclusion period. Patients included were those consulting in chestpain emergencies with positive initial troponin rates. Patients' fate was followed during hospitalization

Résultat : We included 265 patients who met the inclusion criteria. The average age was 63,71+/-11,5, with a sex ratio of 5.41. Patients who consulted directly at emergencies account for 71,6%, others were sent by a doctor (28,3%). In 27% of cases, transport to emergencies was medicalized. The most recent pain was the most important reason for emergency consultation (85,7%).

Cardiovascular risk factors were dominated by age (75%), hypertension (55,8%), diabetes (42,6%), smoking (39,2%). On arrival at the emergency room, pain was assessed on the numerical scale, moderated in 56,9% of cases. In the majority of cases, pain was gross (64,5%), constrictive (52,1%) with a backward location (31,7%). Accompanying signs with type of sweat and / or dyspnea were recorded in 77.1% of the cases. Paracetamol was reported for mild and moderate pain, while morphine was administered for severe pain. ischemic treatment was administered in emergencies in 81,5%. Heart hospitalization was reported in 50,3% of cases. For the other patients management was limited on medical treatment and they were referred to the external cardiology consultation for further exploration. The definitive diagnosis was linked to coronary artery disease in most cases (93,75%) followed by pulmonary embolism, valvulopathies and pericarditis.

Conclusion : Positive troponin chest pain is common. They are often linked to serious cardiovascular disease. In this context, emergency workers need to be made aware of these diagnostic problems.

P 173 CLINICAL, BIOLOGICAL AND THERAPEUTIC PROFILE OF PATIENTS WITH MAJOR ADVERSE CARDIOVASCULAR EVENTS ACUTE CORONARY SYNDROME

Dabbebi Fatma Ezzahra : Cardiologie Farhat Hached CHU Farhat Hached.

Frigui Hédi : Cardiologie Farhat Hached CHU Farhat Hached.

Bouaziz Slim : Anesthésie Réanimation CHU Aghlabides kairouan.

Souii Slah : Anesthésie Réanimation CHU Aghlabides kairouan.

Ernez Samia : Cardiologie Farhat Hached CHU Farhat Hached.

Introduction : Cardiovascular diseases are the leading cause of death in many countries, mainly represented by acute coronary syndrome (ACS). During follow up patients may represent Major adverse cardiovascular events (MACE) This study aimed to describe the Clinical, biological and therapeutic profile of patients with MACE.

Objectif : describe particularities of coronary patients complicated of Major cardiovascular events and find their particularities.

Méthode : This is a retrospective descriptive study of patients with ACS; in the Cardiologie Department at Farhat Hached Hospital of Sousse, Tunisia.

Résultat : A total of 50 patients were enrolled in this study. The mean age was 62 years with extremes ranging from 50 to 84 years, and 57,1% of the patients male; 63.3% of the patients were current smokers and 98% had at least one comorbidity represented mainly by diabetes (61.2%), dyslipidemia (46.9%) and hypertension (46.3%). Biologically, the mean troponin level was $10\,454,7 \pm 7256,7$ pg/ml. Complications were heart failure in 44,9% cases and kidney failure in 36,7% cases. The responsible artery was the interventricular artery IVA in 65,3% cases, alongside the right coronary (38,8%), Cx (16,3%) and TCG (6,1%). 67,3% of patients underwent coronary artery stenting (angiographic success in 73,5% of cases) and 28,6% underwent thromboaspiration. The total follow-up period was 35.2 ± 7.3 months. During follow-up, 11.5% of patients experienced new ACS and 2.8% had stroke. The overall survival rate was 45,9%.

Conclusion : ACS is a common and severe illness, hence the cruciality to handle its risk factors.

P 174 RELATION ENTRE LA SOMME DES AMPLITUDES DE DÉPRESSION DU SEGMENT ST ET LA GRAVITÉ DE L'ATTEINTE CORONARIENNE CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS D'UN SYNDROME CORONARIEN AIGU SANS SUS-DÉCALAGE DU SEGMENT ST

K.Amdouni : Service des urgences et SMUR Hôpital régional de Ben Arous.
R.Fadhel : Service des urgences et SMUR Hôpital régional de Ben Arous.
S.Rhaïem* : Service des urgences et SMUR Hôpital régional de Ben Arous.
S.Belfquih : Service des urgences et SMUR Hôpital régional de Ben Arous.
F.Sbei : Service des urgences et SMUR Hôpital régional de Ben Arous.
I.Chermi : Service des urgences et SMUR Hôpital régional de Ben Arous.
S.Keskes : Service des urgences et SMUR Hôpital régional de Ben Arous.
H.Ghazali : Service des urgences et SMUR Hôpital régional de Ben Arous.
S.Souissi : Service des urgences et SMUR Hôpital régional de Ben Arous.

Introduction : L'électrocardiogramme (ECG) reste au cœur de la stratification du risque du syndrome coronarien aigu sans sus-décalage du segment ST (NSTEMI). L'amplitude de la dépression du segment ST semble être un facteur prédictif de la mortalité à J 30 et à 1 an.

Objectif : Notre étude avait pour but de démontrer l'association entre la somme des amplitudes de dépression du segment ST et la sévérité angiographique de la maladie coronarienne chez les patients NSTEMI.

Méthode : Nous avons mené une étude prospective observationnelle sur six ans. Ont été inclus les patients avec NSTEMI et ayant un sous-décalage du segment ST > 0.5 mm dans au moins une dérivation. On a mesuré l'amplitude de dépression de segment ST puis on a calculé la somme cumulée en mm. Le territoire ainsi que le nombre de dérivation avec dépression du segment ST ont été mesurés dans toutes les dérivation. Le pronostic était basé sur la survenue d'un événement cardiaque indésirable majeur (MACE) à six mois. La sévérité de l'atteinte angiographique a été évaluée par un score validé puis corrélé à la somme des amplitudes de dépression du segment ST.

Résultat : Inclusion de 287 patients. L'âge moyen était 62 ± 11 ans. Genre-ratio = 1,7. Les comorbidités (%): hypertension (59), diabète (45), dyslipidémie (33), maladie coronaire (28). La moyenne de la somme des amplitudes de dépression du segment ST était 5 [1,28]. La moyenne du délai de l'angioplastie était 4 heures [1, 72]. Vingt-sept pourcent des patients avaient développé un MACE. En analyse multi variée, une somme cumulée de sous-décalage du segment ST > 7 mm (OR ajusté = 5,34, $p < 0,001$, IC à 95 % [2,71 à 10,51]) était associée à un MACE à six mois. La somme des amplitudes de dépression du segment ST ainsi que le nombre de dérivation avec dépression du segment ST ont été corrélés avec la sévérité de l'atteinte coronarienne avec ($r=0,352$; $p<0,0,1$) et ($r=0,361$; $p<0,001$) respectivement.

Conclusion : Notre étude a montré que la somme des amplitudes de dépression du segment ST dans toutes les dérivation ECG est un puissant facteur prédictif de la sévérité de l'atteinte angiographique coronaire.

P 175 LE SYNDROME CORONARIEN AVEC SUS-DÉCALAGE DU SEGMENT ST (STEMI) : LE CAMI SCORE EST-IL UN FACTEUR PRÉDICTIF D'ÉCHEC DE LYSE ?

Jemai Khairredine : Urgences Mongi Slim.
Yessmine walha : Urgences Mongi Slim.
Wided Bahria : Urgences Mongi Slim.
Khouloud Ouerhani : Urgences Mongi Slim.
Maroua Bahri : Urgences Mongi Slim.
Monia Boussen : Urgences Mongi Slim.
Nourelhouda Nouira : Urgences Mongi Slim.

Introduction : Le CAMI score est un score pronostic pour les syndromes coronaire, nouvellement établi par les Chinois qui n'a jusque que la jamais été utilisé pour prédire l'échec de lyse pour les patients STEMI thrombolysés.

Objectif : Evaluer la valeur prédictive d'échec de lyse du CAMI score des patients STEMI admis à la salle d'accueil des urgences vitales (SAUV).

Méthode : Il s'agissait d'une étude prospective analytique et observationnelle étalée sur une année, menée au service d'accueil des urgences (SAU) du centre hospitalo-universitaire Mongi Slim à Tunis, ayant débutée en février 2022 incluant tous les patients présentant un STEMI ayant été thrombolysés à la SAUV. Le score de CAMI a été calculé chez tous ces patients. Le critère de jugement était l'échec de lyse.

Résultat : Durant la période de l'étude 136 patients présentant un STEMI ont été admis en SAUV, parmi ces patient 47,8% soit 65 patients ont bénéficié d'une fibrinolyse. L'âge moyen des patients thrombolysés était de 61 ± 12 ans et le sex ratio était de 3,06.

L'échec de lyse a été observé chez 35,9% des patients. La valeur prédictive d'échec de lyse du CAMI score a été testée et les résultats étaient significatives, en étude multivariée: ($P < 0,01$; (OR) = 0,96 ; IC [0,93-0,99]), ainsi qu'en analysant la courbe ROC ($P=0,01$; air sous la courbe=0,76 ; IC [0,64-0,88]).

Conclusion : Le CAMI score a fait ses preuves dans la prédiction d'échec de lyse dans notre échantillon reste à le tester pour un échantillon plus large et en multicentrique.

P 176 PARTICULARITÉS ÉPIDÉMIO-CLINIQUES ET ÉVOLUTIVES DES SCA SANS SUS DÉCALAGE DU SEGMENT ST (NSTEMI) CHEZ LES PATIENTS HYPERTENDUS

D. HOSNI : Urgences hopital charles nicolles tunis.

S. KHABOUCHE : Urgences hopital charles nicolles tunis.

S. OUERGI : Urgence hopital charles nicolles.

O. BOUKTHIR : Urgences HCN.

M. BELAID : Urgences HCN.

S. JOUINI : Urgences HCN.

Introduction : La survenue d'un Syndrome coronarien aigue sans sus décalage du segment ST est très corrélée à la présence des facteurs de risque cardio-vasculaires parmi lesquelles on cite l'hypertension artérielle étant un facteur de risque majeur.

Objectif : Déterminer les particularités épidémiologiques, cliniques, biologiques et évolutives de NSTEMI, chez les patients hypertendus admis aux urgences.

Méthode : Il s'agit d'une étude comparative, prospective et monocentrique qui s'est déroulée sur huit mois au service des urgences. Critères d'inclusion : les deux sexes, âge supérieur à 18 ans, diagnostic de NSTEMI confirmé. Critères de non inclusion : les femmes enceintes. On a individualisé deux groupes : hypertendus connus et non hypertendus.

Résultat : Cents quinze patients étaient colligés, groupe hypertendu ($n=65$) VS groupe non hypertendu ($n=50$), âge moyen= $63,1 \pm 10,3$ ans ($p=0,036$) ; sex-ratio ($p=0,888$) ; présence d'autres antécédents médico-chirurgicaux ($p=0,000$) ; diabète ($p=0,000$) ; insuffisance coronaire ($p=0,000$) ; PAS moyenne = $145,6 \pm 26,1$ mmHg ($p=0,002$) ; PAD moyenne = $80,6 \pm 20,1$ mmHg ($p=0,001$) ; sous décalage du segment ST ($p=0,007$) ; le territoire antéro-septal ($p=0,001$) ; présence des complications aiguës ($p=0,220$) ; œdème aigue du poumon ($p=0,108$) ; récurrence angineuse ($p=0,454$) ; décès ($p=0,378$) ; TIMI score ($p=0,000$) ; CRUSADE score ($p=0,006$).

Conclusion : Les facteurs de risque associés significativement à la survenue de NSTEMI chez l'hypertendu étaient l'âge avancé, la présence d'un diabète et l'insuffisance coronaire antérieure, les troubles de repolarisation étaient essentiellement un sous décalage du segment ST avec un territoire antéro-septal.

P 177 NSTEMI IN YOUNG PATIENTS

S.Khabouchi : Services des Urgences Hopital Charles Nicolle.

D.Hosni : Services des Urgences Hopital Charles Nicolle.

S.Ouerghi : Services des Urgences Hopital Charles Nicolle.

S.Othmani : Services des Urgences Hopital Charles Nicolle.

H.Hedhli : Services des Urgences Hopital Charles Nicolle.

Introduction : In young patients, the occurrence of an acute coronary syndrome (ACS) is often the first manifestation of coronary disease.

Objectif : Our aim was to study the epidemiological, clinical, evolutionary and prognostic profile of NSTEMI in young patients.

Méthode : prospective study conducted over a 4-month period. Patients hospitalized in the emergency department for NSTEMI were included.

Résultat : We included 76 patients under 65 years of age hospitalized for NSTEMI. The mean age was 54 ± 8 years, with extremes ranging from 32 to 65 years. Male predominance was observed (75%) with a gender-ratio of 3. A history of cardiovascular disease was observed in 58 patients (76%). Hypertension and diabetes were the most

frequent pathologies (53.9%; 52.6%), followed by coronary insufficiency (38.2%) with a history of angioplasty in 13 patients (17%) and dyslipidemia (31%). Clinical examination revealed a mean SBP of 140 mmHg and a mean DBP of 78 mmHg. On ECG, repolarization disorders accounted for 88.2%, divided into: ST sub-shift (60.5%), negative T wave (22.4%), Q wave of necrosis (15.8%), flattened T wave (10.5%), biphasic T wave (3.9%). The territories incriminated were: inferior (38.2%), lateral (27.6%), anterior (10.5%). the mean GRACE, TIMI, HEART, CRUSADE and PURSUIT scores were 130; 3.45; 7.4; 29 and 19 respectively. The main complications were acute pulmonary edema (13.2%), recurrent angina (10.8%) and myocardial infarction (6%)..

Conclusion : Acute coronary syndrom is an increasingly frequent pathology in young patients.

P 178 RISK SCORES IN THE EVOLUTION OF NSTEMI

S.Khabouchi : Services des Urgences Hopital Charles Nicolle.

D.Hosni : Services des Urgences Hopital Charles Nicolle.

S.Ouerghi : Services des Urgences Hopital Charles Nicolle.

H.Hedhli : Services des Urgences Hopital Charles Nicolle.

S.Othmani : Services des Urgences Hopital Charles Nicolle.

S.Jouini : Services des Urgences Hopital Charles Nicolle.

Introduction : Non-ST-segment elevation acute coronary syndromes (non-ST+ ACS) are a frequent reason of hospitalization in emergency departments, with a high risk of complications or recurrence of coronary events. Early risk stratification plays a central role in therapeutic strategy.

Objectif : The aim of this study was to compare the predictive values of risk scores for the occurrence of complications in NSTEMI.

Méthode : Comparative study conducted over a 4-month period. Patients hospitalized in the emergency department for NSTEMI were included. Intra-hospital complications such as angina recurrence, acute pulmonary edema, rhythm and conduction disorders, and myocardial infarction were investigated. The predictive values of different risk scores in the occurrence of acute complications were studied

Résultat : Inclusion of 85 patients hospitalized for NSTEMI. Mean age was 61 ± 11 years with extremes ranging from 32 to 88 years. Male predominance was observed (67%), with a gender ratio of 2. The main cardiovascular risk factors and antecedents were: hypertension in 51 patients (60%), diabetes in 55 patients (64.7%), dyslipidemia (31; 36.5%), coronary insufficiency (38; 44.7%) with a history of angioplasty in 21% of patients and heart failure (7%). The main reasons for consultation were pain (81.2%), followed by dyspnea (15.3%) and epigastralgia (2.4%). Complications were encountered in 21% of cases: OAP (15.3%), angina recurrence (11.8%) and MI (5.9%). The mean GRACE, TIMI, HEART, CRUSADE and PURSUIT scores were 137.7, 3.81, 7.67, 33.4 and 19.6 respectively. NSTEMI is a pathology associated with risks of major complications. These complication events have been incorporated into several risk scores. The Grace score is the most validated tool for risk stratification in NSTEMI.

Conclusion : the management of non-ST+ ACS is based on recommendations. Risk stratification scores are used to adapt therapeutic management and revascularization strategy the management of non-ST+ ACS is based on recommendations. Risk stratification scores are used to adapt therapeutic management and revascularization strategy the management of non-ST+ ACS is based on recommendations. Risk stratification scores are used to adapt therapeutic management and revascularization strategy The management of non-ST+ ACS is based on recommendations. Risk stratification scores are used to adapt therapeutic management and revascularization strategy.

P 179 PATIENTS ADMIS POUR STEMI AUX URGENCES : FACTEURS PRONOSTIQUES LIÉS À LA MORTALITÉ

Amal arbaoui : Urgences hopital charles nicolle.

Bechir hattay : Urgences hopital charles nicolle.

Mouna jemai : Urgences hopital charles nicolle.

Introduction : Le STEMI est un problème de santé publique important en raison de sa fréquence et de ses conséquences en terme de morbi-mortalité. La prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaire joue un rôle indispensable dans la prévention de la mortalité.

Objectif : Identifier les facteurs pronostiques liés à la mortalité chez les patients admis aux urgences pour STEMI

Méthode : Etude prospective descriptive menée sur 7 mois. On a inclus les patients dont le diagnostic de STEMI a été retenu selon les critères de l'ESC 2017 et on a exclus ceux ayant un sus décalage de segment ST non persistant.

Résultat : Résultats : Durant 7 mois, on a inclus 63 patients dont l'âge moyen était 63 +/- 10 ans. 82% des patients étaient des hommes avec un genre ratio à 4,7. Le délai de consultation par rapport au début des douleurs est en général de 2H (dans 36,5% des cas). Les ATCD les plus fréquents : le tabagisme (61.9%), le diabète (33.3%), l'hypertension artérielle (31.1%), la dyslipidémie (20.6%), l'insuffisance coronaire (28.6%), les troubles de rythme (7.9%), l'AVC (6.3%), l'insuffisance rénale (3.2%). Le principal facteur de risque cardiovasculaire lié à la mortalité était le tabagisme (3.15%) suivi par la dyslipidémie (1.26%) et l'hypertension artérielle (0.63%). Le territoire inférieur est le territoire le plus touché (44.4%) et c'est le territoire le plus corrélé à un mauvais pronostic.

Conclusion : La mortalité du STEMI aux urgences est estimée à 11.1% selon notre étude. Une prise en charge adéquate et surtout précoce est indispensable pour diminuer le risque de mortalité.

P 180 FLÉCHISSEMENT DE L'ÉTAT GÉNÉRAL CHEZ LE SUJET AGÉ RÉVÉLANT UN INFARCTUS DE MYOCARDE : À PROPOS D'UN CAS

GNENA Hedia : Service des urgences clinique Le Bardo.

Introduction : La pathologie chez le sujet âgé est caractérisée par des manifestations non spécifiques qui peuvent égarer le diagnostic et faire passer inaperçu parfois des diagnostics graves.

Cas clinique : Ici nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 93 ans, autonome bien portante aux antécédents d'HTA et de diabète qui consulte pour asthénie depuis deux semaines. La patiente a consulté plusieurs médecins de libre pratique dont la conduite était à chaque fois d'interrompre le traitement anti hypertenseur devant des chiffres tensionnels bas. Par ailleurs la patiente ne se plaignait pas de douleurs thoraciques franches ni de fièvre, elle sentait juste un malaise général. À l'examen elle était consciente, eupnéique, stable sur le plan hémodynamique, pas de signes périphériques de choc, mollets souples pas de points d'appel infectieux, apyrétique, pas de déficit sensitivo moteur, GAD normale à 1.31. L'ECG avait montré un aspect QS en antéroseptal sans autres anomalies significatives. La patiente a été hospitalisée en USR pour exploration d'un fléchissement de l'état général chez le sujet âgé. Le monitoring n'a pas montré de trouble du rythme ni d'hypotension. Les explorations biologiques n'ont pas montré de SIB, la fonction rénale était normale mais les troponines étaient positives à 915. Une échocœur a été faite montrant une hypokinésie sévère antéroseptale avec FEVG estimé à 45%. Le diagnostic d'un SCA ST-Tropo+ a été retenu et elle a été mise sous traitement antiischémique. La corrélation a été faite et a montré une sténose subocclusive de l'IVA flus TIMI 2. Un stent actif a été mis en place sans incidents avec flux TIMI 3 et bonne vascularisation d'aval. L'évolution clinique de la patiente a été favorable et elle a été mise sortante.

Conclusion : Toute pathologie chez le sujet âgé peut se manifester par un fléchissement de l'état général ce qui rend le diagnostic difficile. Il suffit de suivre une démarche méthodique afin d'éliminer les urgences dont le traitement peut préserver une bonne qualité de vie.

P 181 L'ÉTAT DE CHOC AU COURS DU SYNDROME CORONARIEN AIGU : PROFIL DES PATIENTS À RISQUE

Dabbabi Fatma Ezzahra : Cardiologie Farhat Hached CHU Farhat Hached.

Frigui Hédi : Cardiologie Farhat Hached CHU Farhat Hached.

Bouaziz Slim : Anesthésie Réanimation CHU Aghlabides Kairouan.

Souii Slah : Anesthésie Réanimation CHU Aghlabides Kairouan.

Ernez Samia : Cardiologie Farhat Hached CHU Farhat Hached.

Introduction : Le syndrome coronarien aigu est caractérisé d'une lourde morbi-mortalité, la survenue d'un état de choc (EDC) est une éventualité fréquente mettant en jeu le pronostic vital. L'objectif de cette étude était de décrire les particularités des patients ayant présenté un EDC suite à un SCA.

Objectif : cerner les particularités des SCA qui sont susceptibles de se compliquer d'un état de choc cardiogénique.

Méthode : Il s'agit d'une étude de cohorte rétrospective descriptive et analytique à propos des patients ayant été hospitalisés pour SCA dans le service de Cardiologie au centre hospitalo-universitaire Farhat Hached de Sousse. Deux groupes ont été individualisés ; G1 : des patients ayant présenté un EDC ; G2 : des patients n'ayant pas présenté un EDC.

Résultat : Au total, 357 patients ont été inclus, l'âge en moyenne était de $60,8 \pm 11,3$ ans ; dont 72.5 % des patients de sexe masculin. Le groupe G1 était représenté par 35 patients (soit 9,8% de l'échantillon). Il n'y avait pas de différence significative en terme d'âge, les antécédents cardiovasculaires ni de symptomatologie et délai de consultation. L'exploration coronaire montrait un statut tritronculaire plus fréquemment dans le groupe G1 (28,6% versus 15,9% dans G2 ; $p=0.05$). Les patients du groupe G1 présentaient plus de complications notamment le passage en

tachycardie ventriculaire ($p=0.005$), un dysfonctionnement sévère du ventricule gauche ($p=0.005$) et une altération de la FEVG ($G1 : 36,7 \pm 10,9$; $G2 : 48,4 \pm 10,4$) et une insuffisance rénale aiguë ($p=0.001$) (clearance de la créatinine était de 72,9 ml/min dans G1 versus 96,25 ml/min dans G2, $p=0.001$). Le pronostic à court terme était plus sombre avec un taux de mortalité intrahospitalière 28,6% dans G1 (versus 4,4% dans G2, $p=0.005$). Les facteurs associés au survenu d'un EDC retenu par l'analyse multivariée sont : la survenue des troubles du rythme cardiaque en particulier la fibrillation ventriculaire ($p=0,05$; $OR=2,753$), le statut tritonculaire ($p=0,034$; $OR=6,817$) et l'altération de la fonction du ventricule gauche ($FeVG : p=0,003$; $OR=0,704$).

Conclusion : L'EDC est tournement évolutif au cours du SCA, l'identification des patients à risque est essentielle à fin d'optimiser la prise en charge.

P 182 COMPARAISON DES CARACTERISTIQUES CLINIQUES ET DU DEVENIR DU CHOC SEPTIQUE A CULTURE POSITIVE ET DU CHOC SEPTIQUE A CULTURE NEGATIVE

R.Rajah : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
M.Hamdi : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
H.Nouira : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
M.Jrad : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
R.Gharbi : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
A.Rebhi : Réanimation médicale hôpital régionale kasserine.
M.Fekih Hassen : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
O.Jaoued : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
H.Ben Sik Ali : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
S.Elatrous : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.

Introduction : L'état de choc septique d'origine nosocomiale reste un défi pour le clinicien. Bien que la documentation bactériologique soit fréquente, dans certains cas l'enquête bactériologique reste négative : chocs septiques à culture négative (CSCN). Le pronostic des CSCN est mal étudié.

Objectif : déterminer l'impact de culture négative sur le devenir du choc septique nosocomial.

Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique étalée sur 03 ans entre 2018 et 2022, incluant les patients admis en réanimation et ayant développé un état de choc septique d'origine nosocomiale. Nous avons exclu les patients dont le mécanisme de l'état de choc était mixte. Les paramètres analysés étaient : les caractéristiques démographiques, cliniques et paracliniques, les comorbidités, la porte d'entrée, les résultats des cultures (aspiration trachéale, ECBU, hémocultures), les scores de gravité (SOFA, SAPSII), le recours à la ventilation mécanique invasive et à l'épuration extra-rénale, la durée de séjour et la mortalité.

Résultat : L'âge moyen de 94 patients inclus était de 59 ± 13 ans, avec un SAPSII moyen de 34 ± 12 et un score de SOFA moyen de $8,5 \pm 2,2$. Le diabète et l'HTA étaient les deux comorbidités les plus fréquentes (37,5% et 40% respectivement). Le recours à la VMI était observé dans 98% des cas et l'épuration extra-rénale dans 16% des cas. La durée de séjour en réanimation était de 23 ± 15 jours et la mortalité à J28 était de 55%. Une culture était positive dans 58% de cas. La porte d'entrée du CSCP était pulmonaire dans 80% des cas et urinaire dans 11% des cas. L'Acinetobacter était le germe le plus fréquent (50% des cas) et le Pseudomonas dans 25% des cas. La culture a identifié 2 germes dans 20% des cas. En analyse univariée, le groupe CSCN avait un score de SOFA plus élevé $9,1 \pm 2,3$ vs $7,9 \pm 2,1$, $p=0,04$, un taux des lactates plus élevé ($3,8 \pm 1,2$ vs $2,9 \pm 1,1$) $p=0,04$ et une durée de séjour en réanimation plus courte (28 ± 15 vs 16 ± 11), $p<0,001$. La mortalité à J28 était plus élevée dans le groupe CSCN, 70% vs 44%, $p=0,02$. En analyse multivariée, les facteurs associés à la mortalité étaient l'identification d'un germe ($OR=0,34$; $IC95\% [0,13-0,89]$, $p=0,02$) et le diabète ($OR=5,19$, $IC95\% [1,89-14,26]$, $p=0,01$).

Conclusion : Dans notre étude, l'absence de culture positive lors des états de choc septique nosocomial était associée à la mortalité.

P 183 L'INSUFFISANCE SURRÉNALIENNE EN MILIEU DE RÉANIMATION

Mariem chaabani : Service de réanimation médicale hopital régional Ben Arous Yasminette.

Hayfa Fazzeni : Service de réanimation médicale hopital régional Ben Arous Yasminette.

Naouel ben Saleh : Service biologie hopital régional Ben Arous Yasminette.

Malek Chroufa : Service de réanimation médicale hopital régional Ben Arous Yasminette.

Ines Fathallah : Service de réanimation médicale hopital régional Ben Arous Yasminette.

Nedia Koureichi : Service de réanimation médicale hopital régional Ben Arous Yasminette.

Introduction : L'insuffisance surrénale aiguë relative (ISR) est une pathologie fréquente en réanimation, résultant d'un dérèglement de l'axe hypothalamo-hypophysaire suite à un stress aigu. La prévalence de l'insuffisance surrénalienne ainsi que ses potentielles conséquences reste un champ de travail.

Objectif : Nous avons mené cette étude avec comme objectif de décrire la prévalence de l'ISR en réanimation et son impact sur l'évolution et le pronostic des patients.

Méthode : Il s'agit d'une étude prospective descriptive menée sur une période de cinq mois allant d'Avril jusqu'à Aout 2023. Ont été inclus les patients chez qui une ISR a été suspectée et ayant bénéficié d'un dosage de cortisolémie. Ont été exclus les patients n'ayant pas bénéficié d'une cortisolémie. L'ISR était retenue si la cortisolémie en situation de stress était inférieure à 200 ng/ml.

Résultat : Nous avons colligé 30 patients. Une ISR était diagnostiquée chez 19 cas (63%). L'âge moyen était de 61 ± 14 ans avec un genre-ratio de 5.3. Les antécédents respiratoires étaient en tête de liste (52% des cas) suivis par l'hypertension artérielle (26%) et le diabète (26%). Douze patients ont nécessité le recours à la ventilation mécanique (VMI). La durée médiane de séjour était de 21 [10- 35] jours. La mortalité était de 47% (n=9). L'ISR était suspecté devant une instabilité hémodynamique ou une dépendance aux catécholamines dans sept cas, une détresse respiratoire dans six cas, des vomissements dans trois cas, une polyurie dans un cas, une hyponatrémie dans un cas et un sepsis dans un cas. La cortisolémie médiane était de 141 [89-188] ng/ml. Tous les patients étaient mis sous traitement substitutif. La durée médiane de la corticothérapie était de 6 [3-11] jours. Les complications infectieuses étaient observées chez 11 patients dont sept étaient sous corticothérapie. Une infection fongique était retrouvée chez quatre patients dont trois sous corticothérapie. Nous n'avons pas trouvé de différence statistiquement significative entre les patients ayant une ISR et les patients ayant une cortisolémie normale concernant la mortalité, la durée de VMI et la durée du séjour. Pour les patients mis sous traitement substitutif ont n'a pas noté la survenue de complications liées à la corticothérapie à savoir pas d'hypokaliémie pas d'hyperglycémie pas de troubles trophiques ni complications infectieuses.

Conclusion : L'ISR était fréquente chez les patients de réanimation. Sa survenue n'avait pas un impact pronostique.

P 184 LA CORTICOTHÉRAPIE AU COURS DES ÉTATS DE CHOC SEPTIQUES : IMPACT PRONOSTIQUE

Mariem chaabani : Service de réanimation médicale hopital régional Ben Arous Yasminette.

Hayfa Fazzeni : Service de réanimation médicale hopital régional Ben Arous Yasminette.

Abir Khorchani : Service de réanimation médicale hopital régional Ben Arous Yasminette.

Malek Chroufa : Service de réanimation médicale hopital régional Ben Arous Yasminette.

Ines Fathallah : Service de réanimation médicale hopital régional Ben Arous Yasminette.

Nedia Koureichi : Service de réanimation médicale hopital régional Ben Arous Yasminette.

Introduction : La corticothérapie est vastement utilisée en réanimation au cours des états de choc septiques. Son impact sur les complications de séjour notamment infectieuses et l'évolution de l'état de choc restent un champ de travail.

Objectif : Notre objectif était d'étudier l'impact de la corticothérapie, prescrite au cours des états de choc septiques sur l'évolution, les complications de séjour et le pronostic.

Méthode : Nous avons mené une étude prospective sur une durée de quatre mois allant d'Avril jusqu'à juillet 2023. Ont été inclus les patients ayant présenté un état de choc septique pendant leur séjour et ayant bénéficié d'un dosage de la cortisolémie. Une insuffisance surrénalienne relative (ISR) a été retenue si la cortisolémie était inférieure à 200 ng/ml. Les patients ayant une insuffisance surrénalienne ont reçu une corticothérapie à base d'hémisuccinate d'hydrocortisone à la dose de 200 mg/j. Nous avons collecté les données cliniques thérapeutiques et évolutives des patients.

Résultat : Durant la période d'étude, 21 patients ont présenté un état de choc septique dont 14 (67%) ont présenté une ISR nécessitant la prescription d'une corticothérapie. Tous les patients ont reçu de la noradrénaline comme

catécholamine. L'âge moyen de nos patients était de 60 ± 19 ans avec un genre-ratio de 3,2. Les principaux antécédents étaient l'hypertension artérielle dans 9 cas, le diabète dans 8 cas et les antécédents respiratoires dans 6 cas. La durée du séjour médiane était de 24 [11-38] jours. La mortalité était de 76% (n=16). Il n'y avait pas de différence statistiquement significative concernant la dose maximale et la durée de traitement par noradrénaline entre les patients ayant reçu une corticothérapie et ceux ne l'ayant pas reçue. Il avait une amélioration statistiquement significative du syndrome inflammatoire biologique après 48 heures chez les patients sous corticothérapie ($p=0,02$). La corticothérapie chez les patients en état de choc septique n'était pas associée à la survenue de complications infectieuses et trophiques. Il n'avait pas de différence statistiquement significative en terme de mortalité entre les patients ayant reçu une corticothérapie et ceux ne l'ayant pas reçue

Conclusion : La mortalité chez les patients en état de choc septique est élevée. La corticothérapie n'avait pas un impact sur le pronostic de nos patients mais elle aurait réduit l'inflammation.

P 185 PATIENTS EN POST-ARRET CARDIAQUE : CARACTERISTIQUES EPIDEMIO-CLINIQUES ET EVOLUTIVES

R.Gaddour : Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghuan.
N.Ben Slimene : Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghuan.
F.Essafi : Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghuan.
B.Ben Dhia : Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghuan.
K.Ben Ismail : Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghuan.
NZ.Jaafar : Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghuan.
I.Talik : Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghuan.
T.Merhabene : Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghuan.

Introduction : La prise en charge précoce et rapide de l'arrêt cardiaque (AC) intrahospitalier conditionne l'issue des patients. En dépit de progrès récents, le pronostic après un arrêt cardiaque demeure péjoratif suite au syndrome de défaillance multi-viscérale post-arrêt cardiaque ou les conséquences de l'anoxie cérébrale.

Objectif : L'objectif de notre étude était de décrire les caractéristiques épidémiologiques-cliniques et évolutives des patients admis en réanimation en post-arrêt cardiaque.

Méthode : Il s'agissait d'une étude descriptive rétrospective observationnelle incluant les patients admis au service de réanimation médicale à l'hôpital régional de Zaghuan pour arrêt cardiaque, survenue aux urgences, durant une période de cinq ans allant de 2019 à 2023. Ont été recueillies les données épidémiologiques-cliniques et évolutives de patients.

Résultat : Dix-huit patients ont été inclus. L'âge moyen était 58 ± 13 ans avec un genre-ratio de 2,4. Les moyennes des scores IGS II et APACHE II étaient respectivement de 55 ± 23 et 20 ± 9 . Les comorbidités les plus représentées étaient une cardiopathie chez 14 patients (ischémique chez 12 patients et rythmique chez deux autres), un diabète chez 11 patients et une hypertension artérielle chez 10 patients. Les étiologies retenues de l'AC étaient un état de choc cardiogénique compliquant un syndrome coronarien aigu chez sept patients, un état de choc septique chez deux et un état de choc hémorragique chez deux patients. Les désordres métaboliques graves étaient notés chez trois patients et l'hypoxie sévère chez un seul patient. Les patients étaient réanimés aux urgences avec un « low flow » moyen de 5 ± 3 minutes et une dose d'adrénaline administrée moyenne de 2 ± 1 mg. Deux patients ont reçu un choc électrique externe. Un antiarythmique majeur a été administré chez deux patients. Seize patients ont eu recours à la ventilation mécanique invasive avec une durée médiane de 2 jours [1-5]. Une coronarographie avec angioplastie de sauvetage était pratiquée chez quatre patients. Trois patients étaient extubés dont un syndrome de Wolff Parkinson-White compliqué d'une fibrillation ventriculaire, un orage rythmique compliquant un syndrome coronarien aigu et une hyperkaliémie menaçante. Les trois patients ont eu une bonne évolution sans séquelles neurologiques. La durée médiane de séjour en réanimation était de 2 jours [1-6]. La principale cause de décès était l'apparition de défaillance multi-viscérale.

Conclusion : Les patients admis en post-arrêt cardiaque semblent avoir un pronostic péjoratif malgré une réanimation précoce et adéquate.

P 186 ARRÊT CARDIO RESPIRATOIRE RÉCUPÉRÉ D'ORIGINE CORONAIRE: ÉPIDÉMIOLOGIE ET PEC INTERVENTIONNELLE.

FRIGUI HEDI : Cardiologie Farhat Hached CHU Farhat Hached.

Dabbebi Fatma Zahra : Cardiologie Farhat Hached CHU Farhat Hached.

Bouaziz Slim : Anesthésie Réanimation CHU Aghlabides kairouan.

Benabdessalem aymen : Cardiologie Farhat Hached CHU Farhat Hached.

Souii Slah : Anesthésie Réanimation CHU Aghlabides kairouan.

ERNEZ Samia : Cardiologie Farhat Hached CHU Farhat Hached.

Introduction : La majorité des survivants d'un arrêt cardiaque sont de causes réversibles : parfois extracardiaques mais le plus fréquemment cardiaques et surtout coronaire. Les dernières recommandations (basés sur les essais « COACT », « TOMAHOAWK », « COUPE » trails) insistent sur le rôle majeur pour la cardiologie interventionnelle dans la prise en charge de l'arrêt cardiaque mais modulent l'heure de la coronarographie en fonction du contexte et de l'ECG obtenu.

Objectif : Décrire le statut coronaire des patients ayant eu un ACR récupérée en l'absence d'une cause métabolique ou traumatique évidente

Méthode : Méthode : Il s'agissait d'une étude descriptive rétrospective incluant des patients qui avaient eu un arrêt cardio-respiratoire (ACR) récupéré au niveau de l'Hopital Farhat Hached- Sousse sans cause métabolique ou traumatique évidente; et ayant eu une coronarographie dans le cadre du bilan étiologique.

Résultat : Ont été inclus 14 patients âgés en moyenne de 54 ans. Sex-ratio = 1. Tous avaient été en unité de soins intensifs : 3 en unité SMUR, 3 en réanimation médicale et 9 enUSIC. Concernant l'aspect électrocardiographiques 7 était en NSTEMI et 6 STEMI. Le délai de no flow était de 0 minutes, celui du low flow en moyenne 5 minutes. Le rythme est choquable chez 13 patients et une asystolie chez un patient. 11 avait un GCS post ACR > 12, 3 en avait un GCS < 7 donc ont été intubé ventilé avant la coronarographie. Concernant les antécédents coronaires : 1 seul était connu coronarien chronique, 4 ont subi une intervention coronaire dans les 24 h précédant ce qui suggère que l'ACR est une complication post procédurale. Angiographies coronariennes : 8 patients (dont les 6 STEMI) ont bénéficié d'une angiographie coronarienne dans les 120 minutes suivant l'ACR. Les 6 autres dans les 24 heures. Statut coronaire : 1 lésion du TCG (la patiente présentant une asystolie), statu monotronculaire dans 11 cas, bitronculaire dans 2 cas. l'artère coupable était thrombotique dans 12 cas dont Une thrombose de stent. Une dissection coronaire iatrogène a été recensée.

Conclusion : DISCUSSION : Sous nos cieux, l'exploration coronaire des ACR ne se fait pas de routine. Car dans la majorité des cas la cause est métabolique évidente (contrairement aux données de la littérature). Les quelques patients coronariens victimes d'ACR récupéré semblent plus jeunes, avec moins de facteurs de risques et d'ATCD cardiovasculaire avec des statuts souvent monotronculaire et ayant des lésions thrombotiques. Conclusion : Ceci incite sur une meilleure collaboration Réanimation et cardiologie interventionnelle.

P 187 ACUTE CIRCULATORY FAILURE CAUSED BY PULMONARY EMBOLISM IN A YOUNG PATIENT : A CASE REPORT

I. Maatouk : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.

S. Gnina : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.

O. Saadaoui : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.

A. Dardour : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.

A. Ben massoud : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.

W. Ben Maria : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.

A. Yaacoub : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.

O. Nouira : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.

M. Lahmar : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.

Z. Hammouda : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.

F. Dachraoui : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.

L. Besbes Ouannes : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.

Introduction : The correct diagnosis of pulmonary embolism (PE) is made in no more than 2/3 of cases. It usually affects adult patients with thromboembolic risk factors, and more rarely in young patients.

Cas clinique : we report a case of cardiogenic shock secondary to acute massive PE among a young patient without thromboembolic risk factors. A 35-year-old man was admitted for ARF with a 3-week history of cough and dyspnea. He had a history of asthma and COVID-19 pneumonia in 2022. He had no lung history. In the Emergency Department,

the diagnosis of a severe asthma exacerbation was retained. A bronchodilator treatment was started immediately but the evolution was not favorable. The chest X ray was normal.

The patient was sedated, intubated and transferred to our intensive care unit for additional care.. Pupils were in bilateral areflexive mydriasis His blood pressure (BP) was 140/80 mmHg under 6 mg per hour of noradrenaline, with pulse of 145 beats/min. Pao₂/Fio₂ ratio was at 150. The diagnosis of pulmonary embolism was suspected. The pulmonary angiography showed massive proximal pulmonary embolism. Blood tests revealed troponin at 100, BNP at 7304, urea at 5 and creatinine at 113, lactic acid 5,4. An EKG was performed showing a sinus tachycardia deep S wave in lead I, and Q wave in III. Systemic intravascular thrombolysis was immediately started. The TTE showed an acute pulmonary heart with presence of a thrombus in the right atrium on the side of the SVC against indicating a percutaneous gesture. The patient was weaned from vasoactive drugs after thrombolysis, but the hemodynamic state worsened afterwards, necessitating the use of high doses of dobutamine and noradrenaline. On the second day of hospitalization, the patient dead.

Conclusion : The diagnosis of PE should be evoked in young patients even without thromboembolic risk factors. Rapid diagnosis and intervention are essential for survival. When thrombolysis is failed, surgical embolectomy or catheter embolectomy may be life saving procedures in severe PE.

P 188 CARDIOMYOPATHIE DU PÉRIPARTUM MIEUX COMPRENDRE POUR MIEUX TRAITER

L. CHOUALI : Gynecologie-Obstetrique EHS mere et enfant el eulma algerie.

Introduction : La cardiomyopathie du péripartum est une insuffisance cardiaque systolique survenant à la fin de la grossesse ou dans les mois qui suivent l'accouchement. Les symptômes d'insuffisance cardiaque sont voisins de ceux de la fin de grossesse normale, retardant souvent le diagnostic et favorisant ainsi les complications.

Objectif : Le but du travail était de dégager les caractéristiques cliniques, radiologiques et difficultés diagnostiques avec les autres cardiomyopathie ; dégager les facteurs de risque et étudier le pronostic immédiat et à long terme de la CMDPP

Méthode : Nous rapportons une analyse de 08 observations de cardiomyopathie du péripartum traités en l'espace de 05 ans

Résultat : le diagnostic de CMDPP a été retenu chez 8 patientes. L'âge moyen de nos patientes était de 32 ans (22 à 36 ans). La parité moyenne était de 2 (1 à 5 pares). deux avaient une grossesse gémellaire et deux une toxémie gravidique. La symptomatologie respiratoire a été présente dans 100% des cas. Des signes d'insuffisance cardiaque gauche ont été constatés chez toutes nos patientes. La radiologie thoracique a montré un aspect d'œdème pulmonaire associé à une cardiomégalie dans tous les cas.. Sur le plan échocardiographique, une dilatation des cavités cardiaques gauches a été retrouvée dans 4 cas et une hypokinésie globale a été notée dans 100% des cas. Le traitement comportait, outre le repos au lit, la restriction hydrosodée, un digitalique, un diurétique et un anticoagulant lorsque la cardiomyopathie était survenue avant l'accouchement, un inhibiteur de l'enzyme de conversion et un diurétique lorsqu'elle était survenue en post-partum. 07 patientes ont guéri et chez une persistait une altération échocardiographique de la fonction ventriculaire gauche. 09 nouveau-nés ont évolué favorablement et un fœtus est mort in utero, 2 de nos patientes ont nécessité le recours à la ventilation mécanique. Après un séjour moyen de 10 jours, l'évolution a été favorable pour 7 de nos patientes et fatale pour une patiente.

Conclusion : La cardiomyopathie du péripartum est une complication cardiaque grave de la grossesse. Souvent sous-diagnostiquée et d'origine est multifactorielle, son potentiel évolutif extrêmement rapide et totalement imprévisible justifie une prise en charge multidisciplinaire dans un centre spécialisé afin d'améliorer le pronostic materno-fœtal

P 189 INSUFFISANCE CARDIAQUE A HAUT DÉBIT : PENSEZ A LA CARDIOTHYREOSE

F.Essafi : Service de Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghouan.
A.Azaza : Service de Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghouan.
N.Ben Slimene : Service de Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghouan.
K.Ben Ismail : Service de Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghouan.
I.Talik : Service de Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghouan.
R.Gaddour : Service de Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghouan.
T.Merhbene : Service de Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghouan.

Introduction : La cardiomyopathie thyroïdienne est la complication la plus grave de l'atteinte cardiaque due à l'hyperthyroïdie. Elle se manifeste généralement par une insuffisance cardiaque et/ou des troubles du rythme. Le diagnostic est souvent méconnu.

Cas clinique : Un jeune âgé de 26 ans admis en réanimation pour prise en charge d'une intoxication aiguë volontaire au Baclofène symptomatique d'un coma, et nécessitant le recours à la ventilation mécanique invasive. L'évolution était favorable avec réveil progressif et extubation à J3 d'évolution. En post extubation, le patient a présenté une insuffisance respiratoire aiguë avec une fréquence respiratoire à 43 cycles/min, une désaturation à 80% sous 6l/min d'oxygène, des signes de luttés marqués avec des râles crépitants diffus à l'auscultation pulmonaire. La pression artérielle était à 135/70 mmHg et la fréquence cardiaque était à 150 bpm. L'électrocardiogramme a montré : une fibrillation atriale à 150 bpm avec un sous-décalage du segment ST en antérieur.

L'échocardiographie a montré une élévation des pressions de remplissage avec une fraction d'éjection du ventricule gauche estimée à 60% avec un débit cardiaque conservé, sans signes en faveur d'une valvulopathie ou de cardiomyopathie. Les biomarqueurs cardiaques étaient élevés : troponine I à 50 ng/ml et peptide natriurétique de type B à 5180 ng/l. La fonction rénale et l'ionogramme sanguin étaient normaux. Devant la non amélioration par ventilation non invasive le patient a été réintubé et mis sous diurétique de l'anse devant la forte suspicion d'un œdème aigu pulmonaire. Le bilan thyroïdien a montré un taux effondré de la thyroïdostimuline <0,05 UI/ml. Le traitement étiologique par antithyroïdien de synthèse et bêtabloquant a été débuté. L'évolution était marquée par l'amélioration clinique permettant l'extubation à J7 de traitement antithyroïdien.

Conclusion : La cardiomyopathie thyroïdienne est une complication rare mais grave de l'hyperthyroïdie. Elle est caractérisée par une insuffisance cardiaque à haut débit et le diagnostic précoce évite l'évolution vers la cardiomyopathie dilatée.

P 190 MYOCARDITE SCORPIONIQUE, PRÉSENTATION CLINIQUE ET PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE

Hana Kessentini : Service des urgences et SAMU04 hôpital Habib Bourguiba Sfax.
Lazzez Fatma : Service des urgences et SAMU04 hôpital Habib Bourguiba Sfax.
Karray rim : Service des urgences et SAMU04 hôpital Habib Bourguiba Sfax.
Walha mahdi : Service des urgences et SAMU04 hôpital Habib Bourguiba Sfax.
Issaoui fadhila : Service des urgences et SAMU04 hôpital Habib Bourguiba Sfax.
Kamoun leila : Service des urgences et SAMU04 hôpital Habib Bourguiba Sfax.
Chakroun offa : Service des urgences et SAMU04 hôpital Habib Bourguiba Sfax.
Chaari adel : Service des urgences et SAMU04 hôpital Habib Bourguiba Sfax.
Rekik nouredine : Service des urgences et SAMU04 hôpital Habib Bourguiba Sfax.

Introduction : Les envenimations scorpioniques constituent un problème de santé publique. 1 à 2% de ces piqûres évoluent comme des formes graves, avec des manifestations cardiorespiratoires nécessitant une prise en charge en réanimation.

Objectif : L'objectif de ce travail est de décrire un aspect de la forme grave de l'envenimation scorpionique qui est la myocardite scorpionique.

Méthode : il s'agit d'une étude observationnelle monocentrique prospective incluant les patients victimes d'envenimation scorpionique admis à la salle de déchoquage durant la période estivale de l'année 2023 (juin 2023-septembre 2023)

Résultat : Ont été colligés 28 patients, dont 8 enfants (âge < 14 ans), avec une moyenne d'âge à 31 +/- 23 [1 -75] ans. Une prédominance féminine avec un sex-ratio de 1,33. Une myocardite toxique a été notée chez 15 patients. Sur le plan respiratoire, la moyenne de FR à 21 +/- 4 cycle/minute, une SaO2 à 93,7% +/- 7 % avec des crépitants à l'auscultation pulmonaire chez 8 patients (53 %). Pour les signes généraux, 13 patients étaient en sueurs profuses, 3 patients ont présenté un priapisme. Hémodynamiquement, un état de choc chez 2 patients, une moyenne de PAS à 132 +/- 38,7 mmHg. Une moyenne de PAD à 75 +/- 20,26 mmHg ECG: pathologique chez 11 patients (73,3%), dont

des troubles de repolarisation chez 10 patients (90,90%). A l'ETT :dysfonction VG sévère (FEVG<35%) chez 2 patients, et une dysfonction cardiaque modérée chez 5 patients (33.3%). Un profil mitral type 2 chez 2 patients (13.3%). Ces échographies pathologiques ont été pratiquées sous dobutamine. Une cardiomyopathie type takotsubo inversé a été trouvée chez 3 patients. A la biologie une troponine positive à 373+/-349.9ng/l. la prise en charge thérapeutique, 10 patients (66.6%) ont nécessité une oxygénothérapie, dont 4 ont bénéficié d'une séance de VNI. Sept patients ont été mis sous dobutamine dès l'admission, avec une amélioration de la contractilité myocardique. L'évolution été favorable pour tous les patients, une sortie à domicile pour 18 patients et transfert vers un autre service pour les autres

Conclusion : Bien que très peu fréquentes, (moins de 1% de l'ensemble des piqures par scorpion), les formes graves d'envenimation scorpionique (ES) restent redoutées du fait qu'elles rendent compte de la mortalité liée à l'envenimation scorpionique.

P 191 PREDICTION DE LA VENTILATION MECANIQUE EN DECOMPENSATION CARDIAQUE AIGUE CHEZ LES SUJETS AGES

F.TRIFA : Urgences Rabta.

M.CHROUFA : Urgence Rabta.

R.BACCOUCHE : Urgence Rabta.

R.Boubaker : Urgence Rabta.

A.MGHIRBI : Urgence Rabta.

H.Maghraoui : Urgence Rabta.

Introduction : Les maladies cardiovasculaires sont un problème courant du sujet âgé en particulier l'insuffisance cardiaque. Le recours à la ventilation mécanique invasive (VMI) au cours des décompensations cardiaques aiguës constitue un tournant évolutif péjoratif de la maladie.

Objectif : L'intérêt de notre travail était de déterminer les facteurs prédictifs de la VMI lors des décompensations cardiaques aiguës.

Méthode : Il s'agissait d'une étude prospective observationnelle et descriptive menée sur une période de trois mois se déroulant aux urgences. Nous avons inclus les patients âgés de 65 ans et plus qui se sont présentés aux urgences pour dyspnée en rapport avec une insuffisance cardiaque aiguë.

Résultat : Nous avons inclus 122 patients, l'âge moyen était de 74 ans et le genre-ratio était de 0,74. Le principal antécédent était l'hypertension artérielle dans 62,5% (n=76). Les principaux motifs de consultation étaient la dyspnée dans 68,6 %, la douleur thoracique dans 34,4% et le fléchissement de l'état général dans 23%. Le facteur de décompensation le plus fréquent était l'ischémie dans 38,5%. Une détresse respiratoire a été notée chez 28,7 % (n=35) avec une médiane de fréquence respiratoire de 33 cycles 3cycles/min et une médiane de la saturation pulsée en oxygène moyenne était de 87 ± 9%. L'anomalie auscultatoire la plus fréquente était les râles crépitants (89,9%, n=109). Une détresse hémodynamique a été notée chez 14 patients (11,5%) et une détresse neurologique a été notée chez 4 patients (3,2%). L'oxygénothérapie a été assurée par : le masque simple ou masque haute concentration pour 100 patients (82%) ; la ventilation non invasive pour 51 patients (41,8%). Vingt-quatre patients n'ont pas répondu à l'oxygénothérapie simple et à la ventilation non invasive, avec le recours à la ventilation mécanique invasive secondairement. Parmi les 116 patients hospitalisés aux urgences, huit ont été transférés en unités de soins intensifs cardiologiques (USIC), un en réanimation, avec un taux de mortalité intra-hospitalière de 9,8 % Les facteurs prédictifs de recours à la ventilation mécanique étaient : Une saturation inférieure à 80% à AA à l'admission (p=0,001), une insuffisance rénale (p=0,04), une hypercapnie >45mmHg (p=0,003), une acidose métabolique avec une HCO3- <15 mmol/l (p=0,001), et le recours aux catécholamines (p<0,001).

Conclusion : Nos résultats ont montré que la présentation grave initiale avec une perturbation profonde des échanges gazeux sont des facteurs prédictifs de recours à la ventilation mécanique lors des décompensations cardiaques aiguës.

P 192 CONGENITAL HEART DISEASE: CHALLENGES IN MANAGEMENT AND FOLLOW-UP

Yosr Ben Ali : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
Houda Belkhiria : Cardiology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
Hela Ammar : Cardiology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
Ahmed Jamel : Cardiology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
Dhouha Ben braiek : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
Nadine Boukadida : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
Sourour Bel haj Youssef : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
Amine Boufares : Cardiology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
Mahdi Kharrat : Cardiology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
Khalil Attia : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
Hend Zorgati : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
Najeh Ben Halima : Cardiology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
Jihen Ayachi : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

Introduction : Congenital heart disease in adults usually presents in one of two forms: either an initially asymptomatic form that becomes symptomatic later in life, or a complex malformation treated during childhood that requires further intervention or new treatment in adulthood.

Cas clinique : A 62-year-old man with a history of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and complex congenital heart disease with single ventricle type with double inlet and D-malposition treated by Glenn procedure at the age of 4 without a complete repair, presented to the emergency department for dyspnea and chest pain. Examination revealed a conscious patient, with an oxygen saturation of 70%. Chest X-ray showed bilateral consolidation and ECG revealed atrial fibrillation. The patient was put under 15L/min of oxygen. Echocardiography showed situs solitus, left ventricular dominance, a single ventricle with a double inlet of left anatomical structure and limited systolic function with an accessory cavity, wide bulboventricular foramen, bilateral atrial dilation, moderately stenotic left atrioventricular valve with a mean gradient of 9 mmHg, grade III regurgitation of the right atrioventricular valve, significant pulmonary hypertension with a mean PAP of 85 mmHg, D-malposition of the great vessels arising from the systemic ventricle, tight valvular and subvalvular aortic stenosis with a calcified hypoplastic ring and a mean gradient of 50 mmHg, significantly dilated and regurgitant pulmonary artery, grade III pulmonary insufficiency, intact interatrial septum, absence of ductus arteriosus, normal systemic return, no Glenn shunt observed. The patient was put under heart failure treatment and oral anticoagulation. Three years later, he presented with dyspnea and fever related to right basal pneumonia. Despite his history of cyanotic heart disease, the patient was managed with high-flow oxygen therapy leading to hypercapnia and worsening of his state. Non-invasive ventilation was started but his condition worsened, and he passed away on day 2.

Conclusion : Patients with cyanotic heart disease presenting with acute respiratory failure require careful initial management including tolerance of low oxygen saturation to prevent fatal evolution.

P 193 SCENARI CLINIQUES DU SYNDROME D'INSUFFISANCE CARDIAQUE AIGUE EN REANIMATION : EPIDEMIOLOGIE ET PRONOSTIC

N.Zarouene : URGENCES REANIMATION MEDICALE Habib Thameur.
I.Sdiri : URGENCES REANIMATION MEDICALE Habib Thameur.
W.Brahmi : URGENCES REANIMATION MEDICALE Habib Thameur.
S.Bachrouh : URGENCES REANIMATION MEDICALE Habib Thameur.
A.Grissa : URGENCES REANIMATION MEDICALE Habib Thameur.
Y.Garbaa : URGENCES REANIMATION MEDICALE Habib Thameur.
I.Zaghdoudi : URGENCES REANIMATION MEDICALE Habib Thameur.
I.Sedghiani : URGENCES REANIMATION MEDICALE Habib Thameur.
N.Falfoul : URGENCES REANIMATION MEDICALE Habib Thameur.

Introduction : Le syndrome d'insuffisance cardiaque aigue (SICA) regroupe cinq scenarii cliniques de CS-1 à 5. Mais cette classification demeure peu utilisée en réanimation même si son usage aux urgences est très large. Son utilité mérite d'être évaluée chez les malades critiques.

Objectif : Etudier les caractéristiques diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques des scenarii du SICA en réanimation.

Méthode : Etude rétrospective descriptive monocentrique menée au service de réanimation médicale de l'hôpital Habib Thameur sur 14 mois entre juin 2022 et août 2023. Les patients admis pour un SICA en réanimation ont été inclus. Les patients avec des données manquantes ont été exclus.

Résultat : Tableau 1 : Caractéristiques démographiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs des présentations cliniques du SICA.

Conclusion : La classification du SICA en scenarii peut être utile en réanimation orientant le clinicien vers une approche étiologique plus précise et indiquant une approche thérapeutique plus adaptée.

Tableau 1 : Caractéristiques démographiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs des présentations cliniques du SICA.

	N=36 n(%)	CS1 3(18%)	CS 2 21(58%)	CS4 6(17%)	CS1-CS4 6(17%)
Age médian (années)	70,5	69	71	70	72
Antécédents (n,%)					
HTA	24(67%)	2(67%)	13(62%)	1(17%)	5(83 %)
Diabète	22(61%)	1(33%)	12(57%)	4(67%)	5(83 %)
Cardiopathie	33(92%)	2(67%)	20(95%)	6(100%)	5(83%)
Décompensation par : (n,%)					
SCA			0(0%)	6(100%)	5(83%)
Causes infectieuses			20(95%)		
Embolie pulmonaire			3(12,5%)		
Modalités ventilatoires (n,%)					
VNI	34(94%)	1(33%)	21(100%)	5(83 %)	5(83%)
VMI	16(44%)	3(21%)	7(33%)	4(67%)	4(67%)
Evolution (n,%)					
Décès	15(42%)	1(33%)	7(33%)	4(68%)	3(50%)

P 194 CARDIOMYOPATHIE DE TAKOTSUBO ASSOCIÉE A UNE TUBERCULOSE DISSÉMINÉE

F.Essafi : Service de Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghouan.
A.Azaza : Service de Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghouan.
I.Talik : Service de Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghouan.
N.Ben Slimene : Service de Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghouan.
A.Bayoudh : Service de Pneumologie Hôpital Régional de Zaghouan.
K.Ben Ismail : Service de Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghouan.
R.Gaddour : Service de Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghouan.
T.Merhbene : Service de Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghouan.

Introduction : La cardiomyopathie de Takotsubo (TTC) est un dysfonctionnement ventriculaire transitoire. Elle survient après une décharge adrénérurgique suite à un stress émotionnel ou physique intense mais plusieurs autres étiologies ont été rapporté par la littérature. Une origine multifactorielle n'est pas éliminée.

Cas clinique : Il s'agissait d'un patient âgé de 51 ans aux antécédents de pleurésie tuberculeuse traitée en 2013. Il s'est présenté au service d'accueil des urgences pour confusion fébrile. Il était stable sur le plan hémodynamique et respiratoire. Le diagnostic d'une tuberculose neuroméningé a été confirmé sur le liquide céphalorachidien et le traitement antituberculeux a été débuté. Les investigations microbiologiques et radiologiques ont confirmé le diagnostic d'une tuberculose disséminée : pulmonaire, urogénitale et hématologique. L'examen cardiovasculaire initial et l'échographie cardiaque étaient sans anomalie. Secondairement, le patient a aggravé son état neurologique avec un SG à 8/15 motivant l'intubation orotrachéale et l'hospitalisation en réanimation. À j3 de prise en charge, survenue d'un état de choc avec une pression artérielle à 80/54 mmHg, des signes périphériques de choc, une fréquence cardiaque à 50 bpm. Le tracé électrocardiographique a montré un bloc auriculoventriculaire de deuxième degré type MOBILTZ II. Le bilan biologique a montré des troponines à 106 ng/ml. L'échocardiographie a mis en évidence

une altération sévère de la fonction ventriculaire gauche (fraction d'éjection évaluée à 25%) avec une hypokinésie étendue épargnant les segments apicaux en faveur de cardiomyopathie de Takotsubo, ainsi qu'une élévation des pressions de remplissage. L'échographie thoracique a objectivée des lignes B fréquents est symétriques. L'état de choc cardiogénique a été retenu est le patient a été mis sous noradrénaline et dobutamine.

L'évolution était défavorable avec un syndrome de défaillance multiviscérale et décès.

Conclusion : Nous rapportons un cas de TTC accompagnée de tuberculeuse disséminée, ce qui suggère que la tuberculose peut être une cause de TTC dont l'explication physiopathologique fera certes l'objet de plusieurs études.

P 195 RECURRENT TAKOTSUBO SYNDROME: A COMPREHENSIVE CASE OF A RARE EVENT

Yosri Ben Ali : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
Houda Belkhiria : Cardiology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
Hela Ammar : Cardiology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
Ahmed Jamel : Cardiology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
Imen Belhoucet : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
Dhouha Ben Braiek : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
Sourour Bel haj Youssef : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
Safa Ben Mansour : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
Amine Boufares : Cardiology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
Mahdi Kharrat : Cardiology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
Haifa Sfar : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
Dhia Farjallah : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
Malek Achour : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
Najeh Ben Halima : Cardiology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
Jihen Ayachi : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

Introduction : Takotsubo syndrome is a stress-induced cardiomyopathy occurring after intense physical or psychological stress. Symptoms are similar to acute myocardial infarction and are temporary, but it has a significant risk of complications and recurrence, as demonstrated in the presented clinical case.

Cas clinique : A 54-year-old woman with no known medical history was admitted to the cardiology department for chest pain and dyspnea for one day. Her initial examination showed rapid breathing, no crackles on lung auscultation, and a blood pressure of 90/60 mmHg. The electrocardiogram displayed a regular sinus rhythm at 96 beats per minute. ST-segment depression of 1 mm in leads V1- V6 and ST-segment elevation of 1 mm in lead AVR were observed. Laboratory analysis revealed elevated troponin levels of 5000 ng/ml, while other tests were normal. She was initially treated with anti-ischemic and anti-thrombotic medications. Trans-thoracic echocardiogram showed impaired left ventricular systolic function at 40% with ballooning and hypokinetic apex. A subsequent coronary angiography showed normal findings. The diagnosis of Takotsubo Cardiomyopathy (TC) was confirmed. The patient was prescribed ACE inhibitors, beta-blockers, and aldosterone antagonists, leading to favorable outcomes. A cardiac MRI performed two weeks later showed no abnormalities and a recovered left ventricular function. One year later, the patient reconsulted with the same symptoms, citing intense psychological stress over the last two days. Her troponin levels were elevated at 1200 ng/ml. A transthoracic echocardiogram revealed apical ballooning and moderate left ventricular systolic function reduction to 42%, with no significant abnormalities elsewhere. A diagnosis of recurrent TC was established. The patient was admitted to the intensive care unit for monitoring. A follow-up echocardiogram on day 4 showed a completely normalized left ventricular function and resolved kinetic abnormalities.

Conclusion : Physicians should be mindful of the possibility of recurrent TC in patients with a history of prior TC presenting with ischemic symptoms and ECG findings with normal angiography. Optimal medical therapy should be instated.

P 196 SYNDROME DE TAKOTSUBO INVERSÉ SECONDAIRE À UNE ENVENIMATION SCORPIONIQUE GRAVE CHEZ L'ENFANT: A PROPOS DE 2 CAS

Kessentini Hana : Service des urgences et SAMU04 hopital Habib Borguiba Sfax.
Walha Mahdi : Service des urgences et SAMU04 hopital Habib Borguiba Sfax.
Karray rim : Service des urgences et SAMU04 hopital Habib Borguiba Sfax.
Lazzez fatma : Service des urgences et SAMU04 hopital Habib Borguiba Sfax.
Affes houssem : Service des urgences et SAMU04 hopital Habib Borguiba Sfax.
Kamoun leila : Service des urgences et SAMU04 hopital Habib Borguiba Sfax.
Chakroun Olfa : Service des urgences et SAMU04 hopital Habib Borguiba Sfax.
Chaari adel : Service des urgences et SAMU04 hopital Habib Borguiba Sfax.
Rekik Noureddine : Service des urgences et SAMU04 hopital Habib Borguiba Sfax.

Introduction : Bien que peu fréquentes, (moins de 1 %des piqûres par scorpion), les formes graves d'envenimation scorpionique restent redoutées du fait qu'elles rendent compte d'une mortalité importante. Dans ce travail, on va exposer 2 cas particuliers de patients victime D'ES.

Cas clinique : Cas 1 : Une fille âgée de 11 ans, a été admise à la salle de déchoquage pour une Envenimation scorpionique. L'examen a montré une patiente consciente, en sueurs, en détresse respiratoire et hémodynamique. Devant ces signes de gravité, la patiente a été mise sous dobutamine à la PSE (5gamma/kg/mn) + oxygénothérapie. A l'ETT : une dysfonction VG avec FEVG 35 %, un aspect de Tako Tsubo inversé avec une akinésie des segments basaux avec une hyperkinésie apicale, des PRVG élevés, une bonne fonction VD. A la biologie, troponines positives à 163 ng/l. A h24 de l'envenimation, l'évolution a mal détourné avec réinstallation d'une instabilité hémodynamique entraînant un bas débit cérébral et des épisodes de lipothymies à répétition. Le contrôle de l'ECG a montré les mêmes constatations, avec une troponine 8 fois la valeur initial(1300ng/l), et à l'échographie faite à h24 on a trouvé une FEVG 30% avec un takotsubo inversé Nous avons gardé la patientes sous dobutamine + noradréénaline avec évolution favorable. Cas2 : Patiente âgée de 7 ans admise pour ES stade3. A l'admission, consciente, algique, en sueurs, stable sur le plan HD, avec des crépitations au niveau des bases. A l'ECG, une tachycardie à 120 bpm et un sous décalage apico latéral + inferieur. A l' ETT : FEVG à 45% avec un takotsubo inversé, une bonne fonction du VD, VCI 12mm compliant. A la biologie : on a noté des troponines élevés à 130ng/l. Elle a été mise sous dobutamine 5gamma /kg/mn avec bonne évolution clinique et transfert au service de pédiatrie.

Conclusion : L'atteinte cardiaque dans ces cas remplit tous les critères cliniques et paracliniques du syndrome de Takotsubo dans sa forme inversée. Le défi est de mieux caractériser l'atteinte cardiaque au cours de l'ES afin d'améliorer la prise en charge immédiate

P 197 CIA DISCOVERED DURING A BUBBLE TEST

Fadhila Issaoui : Urgence habib borguiba sfax.
Salem Imen : Urgence habib borguiba sfax.
Housseff affes : Urgence habib borguiba sfax.
Mallek Mariem : Urgence habib borguiba sfax.
Nada Boujelban : Urgence habib borguiba sfax.
Emna Gharbi : Urgence habib borguiba sfax.
Kamoun Leila : Urgence habib borguiba sfax.
Adel Chaari : Urgence habib borguiba sfax.
Olfa chakroun : Urgence habib borguiba sfax.
Karray Rim : Urgence habib borguiba sfax.
Rekik Noureddine : Urgence habib borguiba sfax.

Introduction : Bubble-testing is an often overlooked complementary echocardiographic technique. It is an injection of saline solution after agitation with air to create microbubbles which reflect ultrasound in a vein in order to reach and opacify the right heart chambers, the coronary sinus in case of persistence of the vein left superior cellar, or the pericardium during a pericardiocentesis. It makes it possible to detect certain abnormalities of the heart such as pathological inter-auricular communications.

Cas clinique : We report the case of a 53-year-old adult woman, hypertensive diabetic, followed for chronic gastrointestinal bleeding secondary to intestinal angiodysplasia. In addition, she suffered at a young age, around the age of 35, three cryptogenic strokes before an etiological investigation remaining negative. She was admitted to the emergency department for status epilepticus complicated by respiratory instability. Thus, the patient was intubated and ventilated from the outset. She underwent a brain scan which was without significant abnormalities. De-scrambling echocardiography showed good biventricular function with a slightly dilated left atrium with no other detectable abnormalities. The evolution was marked by the sudden installation of a reventilation collapse, hence the use of catecholamines and the placement of a tunneled catheter in the internal jugular followed by a Bubble test in

order to determine the correct positioning. of the catheter. During the test, bubbles appeared in the left ear, thus raising the question of the presence of a pathological interatrial communication (ASD) such as the patent foramen ovale (FOP) not visualized on echocardiography, may be responsible for the recurrence of strokes. The patient was stabilized neurologically, hemodynamically and respiratoryly and was referred to the cardiology department on discharge for a possible transesophageal ultrasound to confirm the presence of a PFO and optimize management.

Conclusion : In conclusion, bubble contrast echocardiography (bubble test) is a sensitive method for detecting cardiovascular abnormalities such as PFO with such an important indication in cryptogenic stroke.

P 198 LA DISSECTION DE L'AORTE : UNE MALADIE RARE MAIS CRITIQUE

S.Kharrrat : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.

R.Boubtane : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.

M.Sagguem : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.

A.Hadded : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.

A.Smaoui : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.

K.Chtara : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.

M.Bahloul : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.

H.Chelly : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.

C.Ben Hamida : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.

M.Bouaziz : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.

Introduction : La dissection aortique est une urgence médicale et chirurgicale potentiellement mortelle qui nécessite un diagnostic précoce et une prise en charge multidisciplinaire. Les complications et les facteurs de risque prédisposants sont multiples.

Objectif : Etudier l'épidémiologie et les signes cliniques et paracliniques de la dissection de l'aorte en réanimation et reconnaître les facteurs prédictifs de mortalité.

Méthode : Nous avons mené une étude rétrospective, descriptive et analytique durant 2 ans et demi de Janvier 2021 jusqu'à Juin 2023 au sein du service de réanimation médicale. Nous avons inclus tous les malades qui ont présenté une dissection de l'aorte confirmée par imagerie.

Résultat : Pendant la période d'étude, on a colligé 15 cas de dissection de l'aorte. L'âge moyen des patients était de 52 ± 13 ans avec un sexe ratio était à 1,14. La médiane du score SAPSII était à 34[21-45]. Les antécédents les plus fréquents étaient l'HTA, la dyslipidémie et le diabète avec une fréquence de 75%, 25% et 16,7% respectivement. La dissection spontanée était le mécanisme le plus fréquent (80%) et a été post traumatique dans 3 cas. Cinq malades étaient dyspnéique à l'admission (33,3%), 3(20%) ont présenté une altération de l'état de conscience et tous les patients ont présenté une douleur thoracique. A l'examen initial, cinq patients étaient sous oxygénothérapie (20%). Quatre malades ont nécessité la ventilation mécanique invasive dès l'admission. L'asymétrie tensionnelle a été trouvée chez 40% des patients et l'état du choc chez 9 malades. Deux patients ont présenté un assourdissement des bruits du cœur et 58,3% des malades avaient des râles crépitants. L'échographie cardiaque a été réalisée chez 10 patients. Les signes les plus fréquents étaient l'augmentation du diamètre de l'aorte (90%), le flap intimal (90%) et l'épanchement péricardique (70%). Onze malades avaient une dissection type A (80%) et 66,7% des patients ont présenté une dissection étendue. Onze malades ont eu une mise en place d'une prothèse par voie endovasculaire et 2 malades ont eu une suture chirurgicale. Les complications les plus fréquentes étaient l'hémorragie grave (73%), l'insuffisance rénale (87%), l'ischémie d'un membre (20%) et l'AVC (13%). La mortalité a été de 60%. Les facteurs corrélés à un mauvais pronostic étaient l'altération de l'état de conscience ($p=0,012$) et l'hypoxémie ($p=0,017$) à l'admission.

Conclusion : Malgré le développement des moyens de prise en charge, la dissection aortique reste une affection grave qui nécessite une prévention chez les patients prédisposés notamment les hypertendus.

P 199 CARACTÉRISTIQUES DE LA PATHOLOGIE CARDIOVASCULAIRE NÉCESSITANT UNE ADMISSION EN DÉCHOQUAGE

Manel KALLEL : Service des urgences hôpital Mahmoud El Matri Ariana.

Sana Sallemi : Service des urgences hôpital Mahmoud El Matri.

Wissem Hannachi : Service des urgences Hôpital Mahmoud el Matri Ariana.

Amal Oussaifi : Service des urgences hôpital Mahmoud El Matri.

Faycel Ben Aycha : Service des urgences hôpital Mahmoud El Matri.

Khedija Zaouche : Service des urgences hôpital Mahmoud el Matri Ariana.

Introduction : La pathologie cardiovasculaire est une des causes les plus fréquentes d'admission des patients à la salle de déchoquage d'un service d'urgence. Classiquement associée au genre masculin et à l'âge avancé, sa prévalence chez les femmes et les jeunes adultes est néanmoins en nette augmentation.

Objectif : L'objectif de notre travail était d'étudier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et évolutives des pathologies cardiovasculaires ayant nécessitant l'admission en déchoquage

Méthode : méthodes : Étude rétrospective, descriptive, comparative et monocentrique menée sur une période de 4 mois au niveau d'une structure d'urgence polyvalente d'un hôpital régional. Nous avons inclus les patients âgés de 18 ans et plus et chez qui une pathologie cardiovasculaire a été diagnostiquée imposant une hospitalisation provisoire à la salle de déchoquage du service des urgences. Nous avons exclu les femmes enceintes et tout contexte de survenue post traumatique

Résultat : Durant la période d'étude, 397 patients ont nécessité l'admission en déchoquage, une pathologie cardiovasculaire a été retenue chez 93 patients (23,4%). Parmi eux, il y avait 63 hommes (67,7%) et 30 femmes (32,3%). La moyenne d'âge des femmes était de 68 ± 15 ans, tandis que celle des hommes était de 59 ± 16 ans ($p=0,03$). Les diagnostic retenus était un syndrome coronaire aigu (SCA) dans 43% des cas (dont 20% STEMI), une insuffisance cardiaque aiguë (ICA) dans 24,7%, un trouble du rythme dans 17,2%, une pathologie aorto-vasculaire dans 8,7%, une péricardite et un arrêt cardio-respiratoire dans 3,2%. Dans le sous-groupe du SCA, l'âge moyen de survenue était de 57 ± 15 ans ($p=0,03$). La douleur était particulièrement plus sévère ($p = 0,046$). La glycémie était initialement plus élevée à $2 \pm 1,4$ g/l ($p= 0,048$). Cependant la fréquence cardiaque était significativement moins élevée à 89 ± 17 batt/mn ($p=0,05$). Le taux de plaquettes étaient significativement plus élevé à 267.840 ± 67.000 el/mm³. Dans le sous-groupe de l'ICA, la moyenne d'âge était de 74 ± 9 ans (10 -3), le MEWS score était significativement élevé (10 -3) tout comme la PAS (10 -3) Dans le sous-groupe des troubles du rythme, la moyenne d'âge était 60 ± 15 ans ($p=0,7$). Il n'y avait pas d'association significative avec le score NEWS, MEWS ou intensité de la douleur. La PA systolique était significativement plus basse à 100mmHg (10-3) sans élévation particulière des taux de lactates ($p=0,8$) Cinq patients sont décédés dont deux dans le sous-groupe SCA.

Conclusion : Conclusion : La pathologie cardiovasculaire a concerné les hommes âgés et les femmes jeunes. Le sous-groupe des SCA s'est distingué par une stimulation adrénergique importante, plus importante que dans le sous-groupe des troubles du rythme.

P 200 CETOACIDOSE DIABETIQUE EN MILIEU DE REANIMATION : CARACTERISTIQUES EPIDEMIO-CLINIQUES ET EVOLUTIVES

H.Ben Ali : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte.

H.Galai : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte.

J.Guissouma : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte.

H.Allouche : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte.

I.Trabelsi : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte.

FZ.Gamara : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte.

H.Brahmi : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte.

M.Samet : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte.

H.Ghadhoune : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte.

Introduction : La cétoacidose diabétique (CAD) constitue la complication aigue la plus grave du diabète touchant aussi bien les diabétiques de type 1 que ceux de type 2. Elle nécessite souvent une hospitalisation en unité de soins intensifs.

Objectif : Le but de cette étude était de décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et évolutives des patients admis en réanimation pour CAD.

Méthode : Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive étalée sur 12 ans (2011 - 2022) incluant les patients admis en réanimation médicale pour CAD. Le diagnostic et la sévérité de la CAD étaient basés sur les critères proposés par l'American Diabetes Association (ADA) 2009. On a inclus tous les patients ayant : - Glycémie > 14mmol/L - Cétonurie positive - Acidose métabolique avec pH < 7,30 et ou HCO₃⁻ < 18 mmol/L. L'analyse statistique des données était réalisée au moyen du logiciel SPSS 23.

Résultat : Pendant la période d'étude, on a compté 74 cas de CAD. L'âge moyen était de 36 ±16 ans avec genre-ratio de 2. Le diabète était le plus fréquemment de type1 (DT1) (60%), suivi du type2 (DT2) (21%) avec une durée d'ancienneté moyenne globale de 9±8 ans. La CAD était inaugurale dans 19% cas. Les principales comorbidités associées étaient l'hypertension (28%) et l'insuffisance rénale chronique (23%). La durée moyenne de la symptomatologie avant l'hospitalisation était de 20±8 heures. Les symptômes les plus fréquents étaient une asthénie dans 63 cas (85%) et un tableau digestif dans 50 cas (68%). Une somnolence ou une confusion et une aggravation du syndrome polyuro-polydipsique étaient notées dans 43 % et 27 % des cas respectivement. À l'admission, 34 patients étaient déshydratés (46%), 10 en état de choc (EDC) (14%) et 10 comateux (14%). La glycémie moyenne était 27±12mmol/L. Les taux moyens de pH et de bicarbonates étaient respectivement 7,12±0,15 et 7,1±4,22. La CAD était sévère, modéré ou léger dans 36 cas (49%), 26 cas (35%) et 12 cas (16%) respectivement. Les scores IGSII et APACHEII moyens étaient respectivement 26±15 et 13±8. Les facteurs de décompensation les plus fréquents étaient l'infection dans 30 cas (40%) et la mal observance thérapeutique dans 21 cas (28%). Les complications secondaires sont résumées dans le tableau 1. La CAD était résolue en moyenne au bout de 20±11 heures de traitement avec extrêmes de 5 à 33 heures. La durée moyenne de séjour était de 7±5 jours avec une mortalité à 11%.

Conclusion : La CAD survenait chez les diabétiques plutôt de type 1, jeune et de genre masculin avec une présentation clinique grave d'emblée associée à une mortalité non négligeable. Un suivi adéquat et une meilleure éducation du diabétique pourraient éviter cette complication.

Tableau 1 : Les complications évolutives :

Complications	Nombre de cas (%)
EDC	10 (13)
Recours à la VM	12 (16)
Insuffisance rénale aigue	38 (51)
Hémodialyse	6 (9)
Hypokaliémie	57 (77)
Hypoglycémie	3 (4)
Hypophosphorémie	38 (51)

P 201 HYPERLACTATÉMIE AU COURS DES CÉTO-ACIDOSES DIABÉTIQUES : CORRÉLATION AVEC LES PARAMETRES CLINICO- BIOLOGIQUES ET IMPACT PRONOSTIQUE

Mehdi : Réanimation Médicale la Rabta.

Tlili : Réanimation Médicale la Rabta.

I.Ben Braiek : Réanimation Médicale la Rabta.

E.Seghir : Réanimation médicale la Rabta.

L.Messaoud : Réanimation Médicale la Rabta.

Y.Touil : Réanimation Médicale la Rabta.

A.Trifi : Réanimation Médicale la Rabta.

S.Abdellatif : Réanimation Médicale la Rabta.

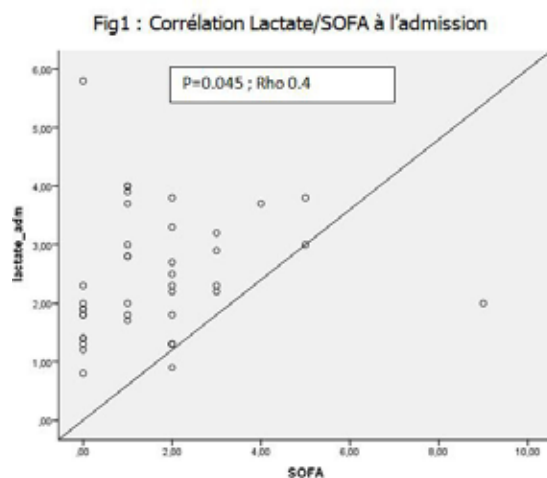
Introduction : L'hyperlactatémie est une anomalie fréquemment documentée au cours des décompensations céto-acidosiques de diabète. Elle peut être de Type B1 (Le diabète décompensé) ou de type A (cause septique de décompensation) avec un impact pronostique controversé.

Objectif : -Étude de corrélation du taux de lactates avec les scores cliniques de sévérité ainsi que les paramètres acido-basiques initiaux. -Étude de l'impact pronostique d'une hyperlactatémie au cours des CAD.

Méthode : Il s'agissait d'une étude de cohorte observationnelle prospective menée au service de réanimation médicale la RABTA sur une période de 6 mois incluant tous les patients âgés de 18 ans ou plus admis pour une décompensation céto-acidosique de diabète définie par une hyperglycémie >11mmol/L avec une acétonémie >3mmol/L / Acétonurie >+++ et une acidose métabolique (un taux de HCO_3^- <15mmol/L et ou PH <7.30)

Résultat : 42 patients ont été inclus, d'âge moyen $33,83 \pm 16$ ans. Le genre ratio était de 0.4. L'IGSII médian était à 15[12-25], l'APACHII moyen à 8.34 ± 4.86 et le SOFA médian à 1[0-2]. Le facteur de décompensation était infectieux dans 75% de cas suivi de la mal- observance thérapeutique. Le traitement a consisté en une hydratation par des cristalloïdes ou des solutés balancés et une insulinothérapie. Une hyperlactatémie était présente dans 62% des cas (N=26) avec un taux médian de 2.2 [1,77-3.05]. Sa cinétique était à la baisse au cours du traitement (H6 et H12 de l'initiation du traitement) avec et une baisse significative entre l'admission et H12 ($p < 10^{-3}$). A l'admission, le taux moyen de pH, de HCO_3^- et le trou anionique étaient respectivement de 7.13 ± 0.14 ; $7,69 \pm 5.25$ et $25,37 \pm 7,89$. L'osmolarité plasmatique calculée médiane était de 294,9 [289,9-308,7]. Une corrélation positive a été démontrée entre le taux de lactate et le score SOFA à l'admission ($\text{Rho} = 0.4$; $p = 0.045$) (Fig1). Aucune corrélation n'a été identifiée entre le taux de lactate à l'admission et le pH, le taux de bicarbonate, le trou anionique, la glycémie et l'osmolarité calculée. L'hyperlactatémie au cours des CAD n'était pas associée à une surmortalité chez les patients admis pour CAD ($p = 0.34$). De même, la présence d'une hyperlactatémie n'influençait pas la durée de séjour en réanimation.

Conclusion : L'hyperlactatémie au cours des CAD serait de type A comme le suggérait la corrélation avec le score SOFA à l'admission. Un lien avec les désordres acido-basiques n'a pas été établi. De plus, l'hyperlactatémie n'était pas associée à une surmortalité.



P 202 CETOACIDOSE DIABETIQUE EN MILIEU DE REANIMATION : COMPARAISON DIABETE DE TYPE 1 VERSUS DIABETE DE TYPE 2

H.Ben Ali : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte.
H.Galai : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte.
J.Guissouma : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte.
H.Allouche : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte.
I.Trabelsi : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte.
FZ.Gamara : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte.
H.Brahmi : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte.
M.Samet : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte.
H.Ghadhoune : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte.

Introduction : La cétoacidose diabétique (CAD) est une complication métabolique grave qui est souvent associée au diabétique type 1 (DT1). Des études récentes ont noté une fréquence de plus en plus élevée de CAD parmi les diabétiques type 2 (DT2).

Objectif : Le but de notre étude était de comparer les caractéristiques cliniques et biologiques et évolutives entre les DT1 et les DT2 admis en réanimation pour CAD.

Méthode : Il s'agissait d'une étude rétrospective (entre 2014 à 2022) incluant les patients admis en réanimation médicale pour CAD. Le diagnostic de la CAD était basé sur les critères proposés par l'American Diabetes Association (ADA) 2009. On a inclus ainsi tous les patients ayant : - Glycémie > 14mmol/L - Cétonurie positive - Acidose métabolique avec pH < 7,30 et ou HCO₃⁻ < 18 mmol/l Nos patients étaient répartis en deux groupes : - Groupe 1 : DT1 - Groupe 2 : DT2 L'analyse statistique a été réalisée par le logiciel SPSS 23.

Résultat : On a inclus 74 patients dont 52 (70%) appartenaient au groupe 1 et 22(30%) au groupe 2. La comparaison des caractéristiques épidémiologiques entre les deux groupes est détaillée dans tableau 1. La comparaison des caractéristiques cliniques, biologiques et évolutives entre les deux groupes est décrite dans le tableau 2. L'APACHE II était significativement plus élevée chez les DT2. Le facteur de décompensation était essentiellement une cause infectieuse dans le groupe 1 versus un écart de régime dans le groupe 2. En plus on a remarqué une incidence significativement plus élevée de la survenue d'une insuffisance rénale aiguë dans ce dernier groupe. Cependant, l'hyperglycémie, la sévérité de la CAD et du tableau clinique, la durée de séjour ainsi que la mortalité étaient comparables entre les deux groupes.

Conclusion : La CAD complique aussi bien le cours évolutif des patients DT1 que ceux DT2 avec une fréquence moindre dans ce dernier groupe sans différence significative dans la sévérité du tableau clinique initial, la durée de séjour ainsi que la mortalité.

Tableau 1 : Comparaison des caractéristiques épidémiologiques entre les deux groupes :

	Groupe 1 (n=52)	Groupe 2 (n=22)	p
Age(moyen)	29 ±14 ans	51±13 ans	< 10 ⁻³
Genre ratio	0,625	0,57	0,865
Ancienneté diabète (moyenne)	10 ±10 ans	6 ±8ans	0,103
Complication dégénératives n (%)	11 (21)	7 (32)	0,231

Tableau 2 : Comparaison des groupes selon les caractéristiques cliniques, biologiques et évolutives :

	Groupe 1 (n=52)	Groupe 2 (n=22)	p
Facteur de décompensation	Infection n(%)	23 (44)	0,036
	Erreur thérapeutique n(%)	18 (35)	
	Ecart de régime n(%)	6 (11)	
	Autres n(%)	5 (10)	
IGS II (moyenne)	24±16	30±1	0,084
APACH II (moyenne)	11±8	17±9	0,014
Détresse neurologique n(%)	4 (8)	6 (28)	0,057
Détresse respiratoire n(%)	6 (11)	6 (27)	0,081
Détresse hémodynamique n(%)	6 (11)	4 (18)	0,471
Glycémie en mmol/l (moyenne)	26 ± 12	29 ± 16	0,406
Ph (moyenne)	7,13 ± 0,14	7,12 ±0,18	0,767
Hco3- en mmol/l (moyenne)	6,8 ± 4	7,9 ± 4,8	0,362
Natrémie en mmol/l (moyenne)	135 ± 9	132 ± 9	0,331
Kaliémie en mmol/l (moyenne)	4,3 ± 1,3	4,6 ± 1,3	0,345
Insuffisance rénale aigue n(%)	16 (31)	16 (73)	0,002
Hémodialyse n(%)	3 (6)	3 (14)	0,361
Délais de résolution en heures (moyenne)	37 ± 32	37 ± 26	0,966
Durée d'hospitalisation en jours(moyenne)	7 ± 8	10 ± 9	0,155
EDC secondaire n(%)	4 (8)	6 (27)	0,056
Décès n(%)	4 (8)	4 (18)	0,421

P 203 CETOACIDOSE DIABETIQUE EN MILIEU DE REANIMATION : CARACTERISTIQUES CLINIQUES, PARACLIQUES ET EVOLUTIVES

M.Chroufa : Réanimation médicale hôpital régional Ben Arous.
A.Khorchani : Réanimation médicale hôpital régional Ben Arous.
M.Chaabani : Réanimation médicale hôpital régional Ben Arous.
I.Arfaoui : Réanimation médicale hôpital régional Ben Arous.
A.Abderrahim : Réanimation médicale hôpital régional Ben Arous.
I.Fathallah : Réanimation médicale hôpital régional Ben Arous.
N.Kouraichi : Réanimation médicale hôpital régional Ben Arous.

Introduction : La cétoacidose diabétique en milieu de réanimation est une pathologie fréquente et grevée d'une lourde morbidité.

Objectif : L'objectif de notre étude est de décrire les aspects démographiques, cliniques paracliniques et évolutifs de la cétoacidose diabétique en réanimation.

Méthode : Nous avons mené une étude rétrospective mono centrique incluant tous les patients admis au service de réanimation médicale pour cétoacidose diabétique. L'analyse des données a été faite moyennant le logiciel SPSS 26.0.

Résultat : Nous avons colligé 32 patients avec un âge moyen de 36 ± 18 ans et un genre ratio de 15/17. A l'admission, la glycémie moyenne était de $4,7 \pm 0,9$ g/l. Un diabète inaugural a été trouvé chez 4 patients (12,1%), les autres causes de décompensation étaient une infection dans 15 cas (45,5%), une cause ischémique dans 3 cas (9,1%), un écart du traitement chez 18 patients (54,5%) et un écart du régime chez 16 patients (48,5%). Quinze patients avaient déjà été hospitalisés en raison de décompensation dont quatre en réanimation (12,1%) et quinze en médecine (45,5%). Une pathologie auto-immune a été observée chez 19 malades (57,6%). La symptomatologie était dominée par une asthénie chez 31 patients (93,9%), nausées et vomissement chez 23 patients (69,7%) et des douleurs abdominales chez 18 malades (54,5%). La cétoacidose variait de légère à modérée chez 16 patients (50%), et sévère chez 16 patients (50%). Les principales anomalies biologiques étaient une hyperleucocytose chez 28 patients (84,8%), une aggravation de la fonction rénale chez 23 patients (69,7%), une hypophosphorémie chez 10 patients (30%) et une pancréatite biologique chez 6 patients (18,2%). La mortalité était de 9,1%, 25 patients ont été transférés et quatre sont rentrés chez eux.

Conclusion : La cétoacidose diabétique est considérée comme un problème de santé publique. Une éducation thérapeutique est cruciale à fin de limiter ses dégâts.

P 204 HYPERLACTATÉMIE CHEZ LES PATIENTS DIABÉTIQUES ADMIS EN SALLE D'ACCUEIL DES URGENCES VITALES: INCIDENCE ET VALEUR PRONOSTIQUE

Amdouni khaoula : Urgences et SMUR hôpital régional de Ben Arous.

Ben Taher Ibtissem : Urgences et SMUR hôpital régional de Ben Arous.

Rhaïem sirine : Urgences et SMUR hôpital régional de Ben Arous.

Bousnina feryel : Urgences et SMUR hôpital régional de Ben Arous.

Ghazali hanene : Urgences et SMUR hôpital régional de Ben Arous.

Souissi sami : Urgences et SMUR hôpital régional de Ben Arous.

Introduction : L'hyperglycémie est une complication aiguë du diabète sucré et un motif fréquent de consultation aux urgences. Les patients avec déséquilibre de leur diabète ont souvent une hyperlactatémie

Objectif : Cette étude avait pour objectif de déterminer l'incidence de l'hyperlactatémie chez les patients diabétiques et les facteurs qui lui sont associés.

Méthode : Une étude prospective, observationnelle, sur 10 ans (2011-2021). Inclusion : patients (âge > 14 ans), diabétiques connus admis à la salle d'accueil des urgences vitales (SAUV) avec des chiffres glycémiques élevés (Glycémie supérieure ou égale à 2,5 g/dl) et un dosage systématique du taux de lactate. Recueil des caractéristiques épidémiocliniques et évolutives. Le pronostic a été évalué sur la mortalité intra-hospitalière. Une étude multivariée a été menée pour identifier les facteurs associés à l'hyperlactatémie

Résultat : Nous avons inclus 147 patients, l'âge moyen était de 68 ± 13 ans, genre-ratio=1,16 avec une prédominance masculine (54%). Comorbidités (%): HTA (65,3), coronaropathie (23), insuffisance rénale (15), BPCO (13), AVC (11), insuffisance cardiaque (4). Chez ces malades, une hyperlactatémie (taux ≥ 2 mmol/l) a été observée chez 21 patients soit 31%. Une corrélation significative a été trouvée entre l'élévation des chiffres glycémiques et l'hyperlactatémie ($p=0,006$) chez les diabétiques. En analyse multivariée, une fréquence cardiaque ≥ 100 bpm ($p=0,001$), une pression artérielle diastolique basse ≤ 45 mmHg ($p=0,002$) étaient associées à la survenue de l'hyperlactatémie chez ces patients. Cette hyperlactatémie était significativement associée à la mortalité intra hospitalière ($p<0,001$).

Conclusion : L'hyperlactatémie est fréquente chez les patients diabétiques avec des chiffres glycémiques élevés. Dans l'ensemble, nos résultats suggèrent qu'une pression artérielle diastolique basse et une fréquence cardiaque élevées sont indépendamment liées à l'hyperlactatémie chez ces patients.

P 205 DECOMPENSATION CETO-ACIDOSIQUE DU DIABETE : IMPACT PRONOSTIQUE DES CAUSES INFECTIEUSES

M.Chroufa : Réanimation médicale hôpital régional Ben Arous.
A.Khorchani : Réanimation médicale hôpital régional Ben Arous.
H.Fazzeni : Réanimation médicale hôpital régional Ben Arous.
M.Chaabani : Réanimation médicale hôpital régional Ben Arous.
A.Abderrahim : Réanimation médicale hôpital régional Ben Arous.
I.Fathallah : Réanimation médicale hôpital régional Ben Arous.
N.Kouraichi : Réanimation médicale hôpital régional Ben Arous.

Introduction : La cétoacidose diabétique représente un problème majeur de santé publique. L'infection constitue la cause de décompensation la plus fréquente.

Objectif : L'objectif de notre étude est d'étudier l'impact pronostique des décompensations céto-acidosique du diabète d'origine infectieuse.

Méthode : Nous avons mené une étude rétrospective observationnelle au sein du service de réanimation médicale. Tous les patients admis pour cétoacidose diabétique ont été inclus. L'infection a été retenue en présence d'un prélèvement bactériologique positif ou une symptomatologie évocatrice à l'admission. Deux groupes ont été identifiés : -Groupe1 : les patients présentant une décompensation céto-acidosique d'origine infectieuse -Groupe2 : les patients présentant une décompensation céto-acidosique d'origine non infectieuse Une étude comparative des données cliniques et évolutives a ensuite été réalisée.

Résultat : Durant la période d'étude 32 patients ont été inclus, 15 dans le groupe 1 et 17 dans le groupe 2. L'âge moyen était de 43 ± 15 dans le groupe 1 vs 31 ± 19 dans le groupe 2 avec une différence significative ($p=0.035$). Le délai de consultation moyen était significativement plus prolongé pour le groupe 1 ($p=0.006$). A la biologie, le pH moyen à j1 et à j2 d'hospitalisation était respectivement de 7,23 et de 7,30 pour le groupe 1 vs 7,30 et 7,40 pour le groupe 2 avec $p=0.002$. Les complications infectieuses étaient plus fréquentes pour le groupe 1 (groupe 1:10(83,3%) Vs groupe 2 :2(16,7%) ; $P=0.001$). Les doses de l'insuline IV administrées dans les premières 24 heures étaient nettement plus élevées pour le groupe 1 (groupe 1:74,7UI Vs groupe 2:49,2 ; $P=0.011$). Cependant, La durée de séjour médiane était comparable pour les deux groupes (groupe 1 : 5,5 jours Vs groupe 2 : 5 jours ; $P=0,5$). La mortalité était de 3 pour le groupe 1 et 0 pour l'autre groupe sans différence significative.

Conclusion : La décompensation céto-acidosique d'origine infectieuse a été associée à un pronostic plus grave avec une morbidité importante.

P 206 SYNDROME HÉMICHORÉE-HÉMIBALLISME ASSOCIÉ À UNE HYPERGLYCÉMIE SANS CÉTOSE : À PROPOS D'UN CAS

Rania Ammar : Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba.
Amina hadded : Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba.
Najeh Baccouch : Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba.
Fedi ben Ali : Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba.
Atra ben khalifa : Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba.
Mabrouk Bahloul : Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba.
Hedi chelly : Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba.
Chokri Ben Hamida : Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba.

Introduction : L'Hémiballisme associée à une hyperglycémie non cétosique est une complication rare du diabète sucré observée chez les femmes diabétiques âgées ayant un mauvais contrôle de la glycémie.

Cas clinique : Il s'agit d'une patiente âgée de 48 ans ayant un diabète type II depuis 7 ans sous antidiabétiques oraux. Elle a été amenée aux urgences pour des mouvements chorégraphiques impliquant l'hémicorps gauche. A l'examen, elle avait un GCS à 8, les pupilles sont normo- dilatés réactives, pas de syndrome méningé. Elle était apyrétique. La glycémie au doigt était à 5.25 g/l avec une glycosurie positive. Les examens biologiques ont montré une glycémie veineuse à 29 mmol/l, une natrémie à 134 mmol/l et une HbA1c à 16%. Le scanner cérébral a montré un aspect spontanément hyperdense du noyau caudé et du putamen droit. L'association des mouvements chorégraphiques impliquant l'hémicorps gauche ainsi que les lésions hyperdenses des noyaux gris controlatéraux au scanner cérébral ont conclu au diagnostic d'hémiballisme associée à une hyperglycémie non cétosique. Le traitement à base de l'insuline et de réhydratation a été entamé. L'évolution était défavorable avec installation d'un état de choc réfractaire et la patiente est décédée dans un tableau de défaillance multiviscérale.

Conclusion : Bien que l'hémiballisme associée à une hyperglycémie non cétosique soit rare, nous devons penser à cette maladie en cas de chorée unilatérale chez les patients diabétiques ayant un mauvais contrôle de la glycémie.



P 207 IMPACT DE L'HYPOPHOSPHOREMIE SUR LE DEVENIR DES PATIENTS HOSPITALISES EN REANIMATION

S.Chtioui : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
A.Jaziri : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
R.Rajah : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
M.Jrad : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
R.Gharbi : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
A.Rebhi : Réanimation médicale hôpital régionale kasserine.
M.Fekih Hassen : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
O.Jaoued : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
H.Ben Sik Ali : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
S.Elatrous : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.

Introduction : L'hypophosphorémie est fréquemment rencontrée en milieu de réanimation. Bien que ses étiologies son multiples (sepsis, malnutrition hyperparathyroïdie...) son impact sur le devenir des patients est controversé.

Objectif : déterminer l'impact de l'hypophosphorémie sur le devenir des patients admis en réanimation.

Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective étalée sur une année (juillet 2022 à juin 2023). Nous avons inclus tous les patients admis en réanimation et ayant au moins un dosage de la phosphorémie durant leur séjour. Les patients sans dosage de la phosphorémie s ou avec hyperphosphorémie n'ont pas été inclus. Deux groupes étaient individualisés : groupe hypophosphorémie et groupe phosphorémie normale. Les paramètres recueillis étaient les scores de gravité SAPSII et SOFA, le délai d'apparition de l'hypophosphorémie, le motif d'admission, le recours aux drogues vasoactives et à la ventilation mécanique invasive (VMI) la durée du séjour en réanimation et la mortalité.

Résultat : Durant la période de l'étude 104 patients d'âge moyen 60 ± 15 ans et de SAPSII moyen de 33 ± 16 ont été inclus. Le motif d'hospitalisation le plus fréquent était l'insuffisance respiratoire aiguë (72% des cas). Le recours à la ventilation mécanique était observé dans 57% des cas. La durée médiane de séjour en réanimation était de 10 (IQR : 5-23) jours. La mortalité globale était de 33%. La phosphorémie moyenne à l'admission était de $0,95 \pm 0,51$ mmol/l. Le délai médian de la survenue de l'hypophosphorémie était de 2 jours (IQR :1-9). Une hypophosphatémie été observé chez 54 % des patients. En analyse uni variée le SAPS 2 était comparable entre les 2 groupes (31 ± 16 dans le groupe hypophosphatémie contre 35 ± 17 dans le groupe phosphorémie normale, $p = 0,3$). Le recours aux drogues vasoactives était plus fréquent dans le groupe hypophosphatémie (63% versus 34%, $p = 0,004$). La durée de séjour était plus prolongée dans le groupe hypophosphorémie 14 (IQR 7-29) jours contre 7 (IQR : 4-13) jours, $p = 0,04$). La mortalité était plus élevée dans le groupe hypophosphorémie : 42% versus 24%, $p = 0,04$. En analyse multivariée,

l'hypophosphorémie n'était pas associée à la mortalité. Les facteurs associés à la mortalité étaient le recours aux drogues vasoactives (OR : 12,14 IC 95% : 3,04-48,48 ; $p < 0,001$) et score SOFA (OR : 1,33 IC 95% : 1,04-1,70 ; $p = 0,02$).

Conclusion : Notre étude suggère l'absence d'impact de l'hypophosphorémie sur le pronostic des patients admis en réanimation.

P 208 LES ANOMALIES DU PHOSPHORE EN RÉANIMATION : ÉTUDE ÉPIDÉMIO- CLINIQUE

S.Essghaier : Réanimation médicale hôpital régional de zaghuan.

F.Essafi : Réanimation médicale hôpital régional de zaghuan.

K.Ben Ismail : Réanimation médicale hôpital régional de zaghuan.

N.Ben Slimene : Réanimation médicale hôpital régional de zaghuan.

I.Talik : Réanimation médicale hôpital régional de zaghuan.

B. Ben Dhia : Réanimation médicale hôpital régional de zaghuan.

T.Merhbene : Réanimation médicale hôpital régional de zaghuan.

Introduction : Les anomalies du phosphore sanguin peuvent entraîner le dysfonctionnement de plusieurs organes, notamment le système respiratoire, cardiovasculaire ou immunitaire. Plusieurs études ont montré que l'hypo ou l'hyperphosphatémie sont associées à une augmentation de la morbi-mortalité en réanimation.

Objectif : L'objectif du travail était d'étudier l'incidence des troubles de la phosphorémie et d'évaluer leurs impacts sur le pronostic des patients admis en réanimation.

Méthode : C'était étude descriptive prospective monocentrique étalée sur deux ans. Ont été inclus dans l'étude les patients adultes admis en réanimation et ayant eu au moins deux dosages de la phosphorémie pendant leur séjour. N'ont pas été inclus les patients ayant une insuffisance rénale chronique. Les patients ont été répartis en 4 groupes : G1 : normo-phosphatémie [0,85-1,45] mmol/l, G2 : hypophosphatémie, G3 : hyperphosphatémie, et G4 : groupe mixte présentant à la fois une hypo et une hyperphosphatémie. Les caractéristiques démographiques, cliniques et évolutives ont été comparées entre les quatre groupes.

Résultat : Deux cent patients ont été inclus avec 749 mesures de phosphatémie. L'âge moyen était de $53,1 \pm 15,8$ ans avec un genre- ratio de 1,4. Les patients étaient répartis en 4 groupes : 65 (32,5%) avaient une phosphatémie normale durant leur séjour, 90 (45%) avaient au moins un épisode d'hypophosphatémie, 26 (13%) avaient au moins un épisode d'hyperphosphatémie et 19 (9,5%) avaient des troubles mixtes à type d'hypo et hyperphosphatémie. Les caractéristiques démographiques, les comorbidités et l'état nutritionnel étaient comparables entre les 4 groupes. Le taux moyen de phosphatémie mesurée le jour de l'admission était de $1,1 \pm 2,1$ mmol/l. Les patients ayant développé une hyperphosphatémie (G3 et G4) ont nécessité plus fréquemment une ventilation mécanique invasive (G4 (89,5%), G3 (73,1%), G2 (43,3%), G1 (29,2%) ; $p < 0,001$) avec un sevrage difficile par rapport aux autres groupes. Les patients du G3 avaient développé plus de complications à type d'état de choc ($p < 0,001$), insuffisance rénale aiguë ($p < 0,001$) et acidose métabolique ($p = 0,003$). Le délai de survenue de l'état de choc ainsi que l'insuffisance rénale aiguë étaient plus précoces dans G3 et G4. La durée de séjour en réanimation était significativement plus courte dans G1 avec une moyenne de $6 \pm 1,7$ jours comparée à G2 ($10 \pm 2,3$ jours), à G3 ($8 \pm 2,4$ jours) et à G4 ($11 \pm 1,9$ jours) avec $p = 0,013$. La mortalité en réanimation était significativement plus élevée chez les patients du G4 (84,2%) comparativement aux autres groupes [G3 (65,3%), G2 (36,3%), G1 (20%)] avec $p < 0,001$. L'étude multivariée a permis de retenir la ventilation mécanique, l'état de choc et la phosphatémie $> 1,3$ mg/l comme facteur indépendant de mauvais pronostic.

Conclusion : L'hyperphosphorémie et les troubles mixtes de la phosphorémie en réanimation sont associés à la survenue des complications et à une mortalité significativement plus importante.

P 209 SUCCESSFUL RESUSCITATION OF CARDIAC ARREST DUE TO SEVERE HYPOKALEMIA: A CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE

A. Jaouadi : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
S. Bel Haj Youssef : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
D. Ben Braiek : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
K. Attia : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
Y. Ben Ali : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
I. Belhouchet : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
A. Kacem : Pulmonology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
A. Jamel : Cardiology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
H. Belkhiria : Cardiology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
H. Ammar : Cardiology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
A. Boufares : Cardiology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
M. Kharrat : Cardiology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
N. Ben Halima : Cardiology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
R. Ben Jazia : Pulmonology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
J. Ayachi : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

Introduction : Electrolyte abnormalities are commonly associated with cardiovascular emergencies. Severe hypokalemia may precipitate profound and life-threatening cardiac complications including ventricular tachycardia and ultimately a cardiac arrest. We present a case of diabetic Ketoacidosis (DKA) with severe Hypokalemia Leading to Cardiac Arrest.

Cas clinique : A 26-year-old male with a past medical history of poorly controlled type 1 diabetes due to bad compliance presented to the emergency department with four days of fatigue and emesis. He was found to be hyperglycemic with high level of blood glucose, positive urine ketones and a profound metabolic acidosis confirming the diagnosis of a severe DKA. He was transferred to the intensive care unit (ICU) for further management. On arrival, he was somnolent but aroused to noise with Glasgow Coma scale (GCS) of 13. He was tachycardic, tachypneic and showing obvious signs of dehydration. The institutional DKA management protocol was initiated; he was started on insulin infusion of 0.1 units/kilograms/hour along with 4 liters of perfusion solutes containing sufficient potassium repletion. Approximately 12 hours after admission, the patient went into a cardiac arrest while the monitoring scope showed a ventricular tachycardia and lab analysis of kalemia showed a low level of 2.3 mmol/l. Cardiopulmonary resuscitation (CPR), including chest compressions, defibrillation and tracheal intubation was started. 20 mEq/hour of potassium chloride was administered via central line. Cardio version was attempted 7 times and we administered a total of 100mEq of potassium chloride. The return of a spontaneous circulation with sinus rhythm was achieved after 40 total minutes of CPR. After three days, he was extubated, recovered to a GCS score of 15, and ultimately discharged home after discussing with the endocrinology service about his follow-up schema.

Conclusion : DKA is known to cause total body potassium depletion. Initiation of insulin, while imperative for treatment of DKA, will worsen already existing hypokalemia. Thus, health providers should monitor closely severe hypokalemia due to the increased risk of cardiac compromise.

P 210 PARTICULARITES DE L'AGRESSION RENALE AIGUE SURVENANT EN MILIEU DE SOINS INTENSIFS

I. Trabelsi : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa bizerte.
L. Kanoun : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa bizerte.
J. Guissouma : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa bizerte.
I. Klai : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa bizerte.
H. Allouche : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa bizerte.
H. Benali : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa bizerte.
FZ. Gamara : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa bizerte.
H. Brahmi : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa bizerte.
M. Samet : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa bizerte.
H. Ghadhoun : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa bizerte.

Introduction : L'agression rénale aigue (ARA) est une atteinte fréquente en milieu de réanimation. Elle aggrave le pronostic et conditionne la prise en charge ultérieure des patients. Ses facteurs de risque sont multiples. Cette complication demeure un sujet d'étude et de recherche.

Objectif : L'objectif de cette étude était d'identifier les particularités des ARA survenant au cours de l'hospitalisation en réanimation.

Méthode : Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive menée au sein d'une unité de soins intensifs sur une période de 32 mois. Nous avons inclus les patients ayant développé une ARA au cours de leur hospitalisation

en réanimation. Les critères de non inclusion étaient l'âge < 18 ans et l'antécédent d'insuffisance rénale chronique. L'ARA était classée selon la classification KDIGO. Les résultats ont été analysés par le logiciel SPSS 21.

Résultat : Nous avons colligé 45 patients. L'âge moyen des patients était de 63 ans avec un genre-ratio de 2,46. Les comorbidités les plus fréquentes étaient l'HTA (53%), le diabète (40%) et l'insuffisance cardiaque (11%). Au cours de l'hospitalisation, 82% de patients ont nécessité un remplissage vasculaire et on a eu recours aux drogues vasoactives dans 73% des cas. Par ailleurs, un sepsis a été identifié dans 78% des patients. Plus qu'un tiers des patients (36%) avaient reçu une injection de produit de contraste iodé pour un examen radiologique et 62% avaient eu une antibiothérapie néphrotoxique. La valeur moyenne de créatinine la plus élevée était de 307 μ mol/L [106- 1106] lors de l'installation de l'ARA versus une valeur initiale moyenne lors de l'admission de 79 μ mol/L [35-105].

L'ARA était classée KDIGO 1, 2 et 3 chez respectivement 22%, 27% et 51% des malades. Le délai médian d'installation de l'ARA par rapport à l'admission était de 9 jours [5 ; 16]. La cause de cette IRA était purement d'origine fonctionnelle dans 45% des cas et tubulo- interstitielle dans 38% des cas. Seul 2% des patients ont gardé une diurèse conservée. Un tiers (33%) étaient anuriques. L'évolution était marquée par la récupération totale ou partielle de la fonction rénale chez respectivement 18 % et 26% des malades. La durée médiane d'hospitalisation était de 3 jours [1 ; 6], avec un taux de mortalité de 73%. Le facteur pronostique identifié dans notre échantillon était la survenue d'un état de choc (p=0.02) au cours de l'hospitalisation.

Conclusion : L'ARA est fréquente au cours de l'hospitalisation en réanimation. Elle survient essentiellement chez les patients adultes avec des comorbidités cardiovasculaires ayant reçu des agents néphrotoxiques. L'évolution vers l'insuffisance rénale chronique n'est pas rare et le pronostic vital est souvent réservé.

P 211 FACTORS ASSOCIATED WITH ACUTE KIDNEY INJURY AMONG CRITICALLY ILL COVID-19 PATIENTS

I. Maatouk : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.

F.Gabbi : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.

A. Ben massoud : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.

O. Saadaoui : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.

W.Ben Maria : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.

D. Abir : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.

A. Yaacoub : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.

S. Gnina : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.

Sawsen ben abdallah : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.

Ouiem Nouira : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.

M. Lahmar : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.

F. Dachraoui : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.

L. Besbes Ouanes : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.

Introduction : Coronavirus infection disease 2019 (COVID-19) is considered as a global health emergency. Acute Kidney Injury (AKI) is frequent in COVID-19.

Objectif : we aimed to describe the characteristics of moderate-severe AKI of COVID-19 patients in an ICU context and determine independent predictors of AKI progression among critically-ill COVID-19 patients.

Méthode : : We conducted an observational study of COVID-19 patients between 2020 and 2022 in the Intensive Care Unit (ICU) of the University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir (Tunisia). We included COVID-19 patients who developed AKI aged more than 18 years admitted to ICU for severe ARDS due to SARS-COV2. KDIGO clinical practice Guideline was used to identify AKI.

Résultat : During the study period, 433 patients were admitted to our ICU for COVID-19 ARDS. The majority were male (66.7%). Mean age was 59.6 $\pm$ 13 years. Obesity was found among 38.3% of patients. Median SAPSII was 29 (Interquartile range (IQR) : 23.7- 35).

Median APACHE was 6 (IQR : 9-12). Median length of stay was 10 (IQR : 6-14) days. Almost a third of the patients (30%) presented AKI of whom 7% required RTT. Mortality was more frequent in patients with AKI than those without AKI (89.5% Vs 5,6%; p<0.01). AKI was more frequent in patients with Hypertension (42.2% Vs 22%; p<0.01), patients with diabetes (40.1% Vs 24%; p=0.001), patients with dyslipidemia, (54.8% Vs 33.6% ; p =0.028), patients with SOH (83.3% Vs 35.4%; p=0.027), septic shock (63.6% Vs 5.8%; p<0.01), patients with IMV (59.2% Vs 3.9%; p<0.01). A significant association was found between AKI and BMI (p=0.03), SAPS (p<0.01), APACHE (p<0.01) and SOFA (p<0.01). In multivariate analysis, factors independently associated with AKI were Hypertension (OR: 1.83; 95%CI: [1.005-3.335]; p=0.048), BMI (OR: 1.06; 95%CI: [1.006-1.126]; p=0.031), SAPS (OR: 1.041; 95%CI: [1.008-1.075]; p=0.015), and APACHE II (OR: 1.147; 95%CI: [1.058-1.244]; p=0.001).

Conclusion : Hypertension, BMI, SAPS, APACHE II were independently associated with AKI. Mortality was high among critically ill COVID-19 patients with AKI. other studies should be conducted in order to identify factors associated with mortality among critically ill COVID-19 patients.

P 212 PRONOSTIC ET PRISE EN CHARGE DE L'ATTEINTE RENALE D'ORIGINE TOXIQUE

M. Kharrat : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..
A. Ben Jazia : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..
H. Ben Ghezala : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..
S. Rabhi : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..
N. Brahmi : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..

Introduction : L'atteinte rénale d'origine toxique est une complication redoutable assez fréquente. Les toxiques responsables sont variables. Qu'il s'agit d'une insuffisance rénale aiguë ou d'acidose métabolique hyper lactique, la néphropathie toxique impose une prise en charge assez lourde en milieu de réanimation.

Objectif : Décrire le tableau clinique, identifier les toxiques en cause ainsi que la prise en charge de l'atteinte rénale d'origine toxique.

Méthode : Etude rétrospective conduite entre le 1^{er} Janvier 2016 et le 31 Aout 2023 ayant inclus tous les patients admis en réanimation pour intoxication aiguë compliquée d'atteinte rénale. L'atteinte rénale était définie par la survenue d'une insuffisance rénale aiguë et/ou d'une acidose métabolique secondaire à l'ingestion d'un toxique. Les données sociodémographiques, le tableau clinique, les toxiques ingérés ainsi que la prise en charge thérapeutique ont été relevés à partir des dossiers médicaux.

Résultat : Quatre-vingt-seize patients (96) ont été inclus d'âge médian 30 ans [14-83] avec un genre ratio à 1,6. Les comorbidités étaient : une pathologie psychiatrique (24%), le diabète (14,6%) et l'hypertension artérielle (11,5%). L'intoxication était volontaire chez 48% des malades. Le tableau clinique était fait principalement de : coma (28%), détresse respiratoire (9%) et état de choc (8%). 27% des patients ont été intubés avec une durée médiane de 4 jours. A l'admission, 77% des patients présentaient une acidose métabolique avec un taux médian de bicarbonate à 16mmol/l et de lactates à 4,2mmol/l et 52% présentaient une insuffisance rénale aiguë avec un taux médian de créatinine à 110µmol/l. Par ailleurs, 8% ont développé une insuffisance rénale aiguë au cours de l'hospitalisation avec un taux de créatinine médian à 155,5µmol/l. Les toxiques identifiés étaient : metformine (n=34), méthanol (n=26), lithium (n=10) avec un taux médian de lithémie à 3mEq/l, met-amphétamine (n=8), acide valproïque (n=7), opiacés (n=5), cocaïne (n=3) et plantes toxiques (n=3). Les complications les plus fréquentes étaient le choc (23%) hypovolémique (n=10); cardiogénique (n=9) et septique (n=4); la rhabdomyolyse (21%) avec un taux médian de CPK=10543UI/L et la défaillance multi-viscérale (9,4%). Une alcalinisation a été administrée chez 18% des patients. L'hémodialyse conventionnelle était réalisée chez 44% des patients avec un nombre médian de 2 séances. L'indication principale était l'acidose métabolique lactique. Une restauration de la fonction rénale a été constatée chez 38,7% des malades. La durée médiane d'hospitalisation était de 3 jours [2-55]. Le taux de mortalité était de 18,8%.

Conclusion : La néphropathie toxique est une entité fréquente en toxicologie. Elle est secondaire à de nombreux toxiques et est associée à des complications graves ainsi qu'une mortalité élevée imposant une prise en charge lourde en milieu de réanimation.

P 213 INCIDENCE DE L'INSUFFISANCE RENALE AIGUE CHEZ LES POLYTRAUMATISES EN RÉANIMATION

K.Ben Ismail : Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghouan.
B.Ben Dhia : Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghouan.
F.Essafi : Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghouan.
N.Ben Slimene : Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghouan.
Y.Kharrat : Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghouan.
I.Talik : Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghouan.
T.Merhabene : Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghouan.

Introduction : La survenue d'une insuffisance rénale aiguë (IRA) chez un les polytraumatisés en réanimation représente une complication grave qui peut compromettre le pronostic vital. Les facteurs prédictifs de survenue d'une telle complication peuvent s'additionner.

Objectif : Décrire l'incidence de l'IRA et identifier les facteurs associés à sa survenue.

Méthode : Etude rétrospective, monocentrique, de janvier 2019 à l'Aout 2023. Ont été inclus tous les patients admis en réanimation pour prise en charge d'un polytraumatisé. Le diagnostic d'insuffisance rénale était posé par la classification Kidney Disease Improving Global Outcome (KDIGO).

Résultat : Cent dix-sept patients ont été inclus dont 88,9% étaient des hommes. L'âge moyen était de $40,6 \pm 17$ ans. Les moyennes des scores IGSII et APACHEII étaient $32,5 \pm 23$ et $12,9 \pm 8$ respectivement. L'injury severity Score médian était de 18 [9-28]. Les habitudes observées étaient dans 25% un alcoolisme occasionnel et chez 36% un tabagisme. Aucun antécédent d'insuffisance rénale n'était rapporté. Le bilan lésionnel était dominé par un traumatisme crânien grave dans 80,7% des cas, un traumatisme abdominal dans 14%, un traumatisme thoracique dans 26% des fractures périphérique dans 33,3%. Dans notre étude, 8% des patients présentaient à l'admission un état de choc hémorragique. Une rhabdomyolyse était rapportée chez 25% des patients. L'incidence de l'IRA était de 29% avec un délai médian d'installation de deux jours [1-4]. Les moyennes de clairance étaient 56 ± 11 ml/min. Selon la classification KDIGO les patients étaient répartis comme suit 64% stade 2, 30% stade 3 et 6% stade 4. L'évolution était vers la normalisation de la fonction rénale après optimisation de la volémie chez 79% au bout de 10 ± 4 ; suite un remplissage par sérum salé isotonique en moyenne 3000 ± 1000 ml par jour. Le recours à l'hémodialyse conventionnelle était indiqué chez 24% avec une moyenne de 2 [2-4] séances. La mortalité était de 46,7% et la durée de séjour moyenne était de $20 \pm 13,3$ jours. Les facteurs prédictifs de survenus d'insuffisance rénale étaient : la contusion rénale ORa=4,16 IC95%[2,5-7,8] $p=0,012$ et l'état de choc ORa=3,9 IC95%[1,992- 5,3] $p=0,014$. La survenue d'insuffisance rénale était un facteur indépendant de mortalité avec ORa=5,4 IC95%[1,2-6,8] ; $p=0,045$.

Conclusion : Notre étude a montré que la survenue d'une insuffisance rénale aigue chez le polytraumatisé était fréquente et essentiellement secondaire à une rhabdomyolyse. Cette complication était un facteur indépendant de mortalité.

P 214 LES INSUFFISANTS RENAUX CHRONIQUES ADMIS EN REANIMATION: CARACTERISTIQUES CLINIQUES ET EVOLUTIVES

S.Ben Massoud : Service de réanimation médicale Hôpital régional de Ben Arous.

I.Fathallah : Service de réanimation médicale Hôpital régional de Ben Arous.

H.Mechmeche : Service de réanimation médicale Hôpital régional de Ben Arous.

A.Khorchani : Service de réanimation médicale Hôpital régional de Ben Arous.

A.Ben Abderrahim : Service de réanimation médicale Hôpital régional de Ben Arous.

N.Kourachi : Service de réanimation médicale Hôpital régional de Ben Arous.

Introduction : L'admission des insuffisants rénaux chroniques en réanimation est alliée à un risque accru de mortalité en raison de l'immunodépression et les comorbidités fréquemment associées.

Objectif : Décrire les caractéristiques cliniques et évolutives des patients insuffisants rénaux chroniques hospitalisés en réanimation.

Méthode : Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective, menée au service de réanimation de l'hôpital régional de Ben Arous sur une période de 3 ans et 6 mois (janvier 2020-juin 2023). Ont été inclus tous les patients présentant une insuffisance rénale chronique (IRC).

Résultat : Dix-neuf patients présentant une IRC ont été admis durant la période d'étude. L'âge moyen était de 59 ± 17 ans. Le sexe- ratio était de 1.2. Quatorze (73%) patients étaient diabétiques ; 78% ($n=11$) de type 2 et 22% ($n=3$) de type 1. Soixante-douze pourcent des diabétiques type 2 étaient au stade d'insulinothérapie. Quatorze patients étaient hypertendus dont 16% étaient sous trithérapie antihypertensive. L'IRC était secondaire à une néphropathie diabétique dans 36% des cas, hypertensive dans 26% des cas et obstructive dans 10% des cas. L'IRC était méconnue au moment de l'admission chez cinq patients. Huit (42%) patients étaient au stade d'hémodialyse à un rythme moyen de trois séances/semaine. Les principaux motifs d'admission étaient : l'insuffisance respiratoire aiguë d'origine infectieuse [$n=7$ (37%)], l'état de choc septique [$n=3$, (15%)] dont la porte d'entrée était le cathéter de dialyse chez 1 patient, et l'état de mal épileptique [$n=2$, (10%)]. La moyenne des chiffres d'urée et de créatinine à l'admission étaient respectivement à 25 ± 12 mmol/L et 580 ± 3012 micromol/L. L'acidose métabolique sévère était présente chez 4 patients (21%). Quatorze patients ont été dialysés durant le séjour. Des complications au cours des séances de dialyse étaient notées à savoir une élévation des besoins en amines ($n=6$), une hypokaliémie ($n=2$), un hématome de la fistule artérioveineuse ($n=2$) et une agitation extrême ($n=1$). On a eu recours à la ventilation mécanique chez 13 patients (68%) dont uniquement deux ont été extubés. Quinze (80%) patients ont eu au moins un épisode septique. La mortalité était de l'ordre 47%.

Conclusion : La prise en charge des insuffisants rénaux chroniques en réanimation est grevée d'une lourde morbi-mortalité.

P 215 FACTEURS DE RISQUES DE SURVENUE D'INSUFFISANCE RÉNALE EN POST OPÉRATOIRE

Emna Zouari : Réanimation médicale Habib Bourguiba sfax.
Rania Ammar : Réanimation médicale Habib Bourguiba sfax.
Sana kharrat : Réanimation médicale Habib Bourguiba sfax.
Rihab Boubtane : Réanimation médicale Habib Bourguiba sfax.
Amal kotti : Réanimation médicale Habib Bourguiba sfax.
Mabrouk Bahloul : Réanimation médicale Habib Bourguiba sfax.
Hedi chelly : Réanimation médicale Habib Bourguiba sfax.
Chokri Ben Hamida : Réanimation médicale Habib Bourguiba sfax.
Kamilia chtara : Réanimation médicale Habib Bourguiba sfax.
Mounir Bouaziz : Réanimation médicale Habib Bourguiba sfax.

Introduction : L'insuffisance rénale en post-opératoire est une complication grave. Etudier les facteurs de risque sous-jacents, visant à améliorer la compréhension et la prévention de cette pathologie.

Objectif : L'objectif de cette étude est d'identifier les facteurs de risque associés à la survenue de l'insuffisance rénale en post- opératoire.

Méthode : C'est une étude prospective s'est déroulée sur une période de six mois au sein du service de réanimation médicale de l'Hôpital Habib Bourguiba à Sfax. Tous les patients admis en unité de soins intensifs (USI) en post-opératoire ont été inclus à l'exclusion des patients atteints d'insuffisance rénale chronique au stade terminal. L'insuffisance rénale aiguë a été définie conformément aux critères établis par KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcomes). Les participants ont été répartis en deux groupes distincts, à savoir le groupe IRA+ (insuffisance rénale aiguë présente) et le groupe IRA- (absence d'insuffisance rénale aiguë).

Résultat : Nous avons inclus 90 patients admis au service de réanimation polyvalente du CHU Habib Bourguiba, dont 64% étaient des femmes. La moyenne du score SOFA était de $8 \pm 3,4$, tandis que la moyenne du score SAPS était de $15 \pm 1,4$. Le type de chirurgie a été neurochirurgicale (37,9%), cardiovasculaires (32%), les abdominales (14,9%), orthopédiques (8%), urologique (4,6) et thoraciques (2,3%). La durée moyenne des interventions était de 5,18 heures, avec une quantité moyenne de remplissage de $3480 \text{ ml} \pm 1549 \text{ ml}$. Le liquide de remplissage le plus utilisé était le sérum physiologique (90,7%), suivi du Ringer lactate (8%) et du sérum glucosé 5% (1,3%). Parmi les patients opérés, 28,1% ont développé une insuffisance rénale. Le score SOFA moyen des patients ayant développé une insuffisance rénale était à 12. Cinq patients (18,5%) ont reçu une transfusion sanguine. Les catécholamines ont été utilisées chez 55,55% des patients. L'administration de sérum physiologique a été réalisée chez 23 patients (70,37%), avec une augmentation significative du taux de delta chlore du préopératoire de 70,37% à 81,48% en postopératoire. Le facteur de risque identifié pour le développement de l'insuffisance rénale a été la chlorémie post opératoire ($p=0.016$) avec une chlorémie $> 103 \text{ mmol/l}$ à une Sensibilité 77% et spécificité 47% et un aire sous la courbe à 0.66.

Conclusion : La chlorémie post opératoire est un facteur de risque de l'installation de l'insuffisance rénale en post opératoire qu'on doit prendre en considération lors de la prise en charge des patients.

P 216 LES FACTEURS PRÉDICTIONNELS DE SURVENUE D'UNE INSUFFISANCE RÉNALE AIGUE À LA PHASE AIGUE DU SCA

Dabbebi Fatma Ezzahra : Cardiologie Farhat Hached CHU Farhat Hached.
Frigui Hédi : Cardiologie Farhat Hached CHU Farhat Hached.
Ichmad Fatma : Cardiologie Farhat Hached CHU Farhat Hached.
Bouaziz slim : Anesthésie Réanimation CHU Aghlabides kairouan.
Souii Slah : Anesthésie Réanimation CHU Aghlabides kairouan.
ERNEZ Samia : Cardiologie Farhat Hached CHU Farhat Hached.

Introduction : l'apparition secondaire d'une insuffisance rénale aiguë (IRA) à la phase aiguë du syndrome coronarien aiguë (SCA) est un problème fréquent. L'objectif de cette étude était de décrire les particularités des patients ayant présenté une IRA à la phase aiguë du SCA.

Objectif : Décrire les facteurs prédictifs d'un syndrome cardio-rénal type 1 et 2 chez les patients présentant une poussée ischémique aiguë

Méthode : Il s'agit d'une étude de cohorte rétrospective descriptive et analytique à propos des patients ayant été hospitalisés pour SCA dans le service de Cardiologie au centre hospitalo- universitaire Farhat Hached de Sousse. Deux groupes ont été individualisés ; G1 : des patients ayant présenté une IRA; G2 : des patients n'ayant pas présenté une IRA. Y exclu de cette étude les patients ayant une pathologie néphrologique connue (rein unique, polykystose

rénale, lithiase rénale, néphropathie diabétique, insuffisance rénale chronique...), des chiffres de créatinine sanguin antérieurs perturbés.

Résultat : Au total, 344 patients ont été inclus, l'âge en moyenne était de $60,6 \pm 11,3$ ans ; dont 72.7 % des patients de sexe masculin. Le groupe G1 était représenté par 58 patients (soit 16.9% de l'échantillon) ; la clairance de la créatinine était de $44.39 \text{ ml/min} \pm 11.7 \text{ ml/min}$ (versus $104.17 \text{ ml/min} \pm 29.5 \text{ ml/min}$ dans G2). Les patients du groupe G1 étaient plus âgés ($p < 0.005$) avec plus de comorbidités en particulier le diabète (65,5% vs 43%, $p = 0.002$) ; l'hypertension artérielle (53.4% vs 29%, $p = 0.001$) et l'anémie (56.1% vs 15.6%, $p = 0.001$). Il n'avait pas de différence significative en terme de symptomatologie et délai de consultation. Le tableau clinique dans le groupe G1 était plus grave ; les patients présentaient plus de complications notamment une insuffisance cardiaque (53.1% vs 21%, $p = 0.001$), un dysfonctionnement sévère du ventricule gauche (29.6% vs 6.8%, $p = 0.001$) et une altération de la FEVG (G1 : $39,7 \pm 10,1$; G2 : $48,7 \pm 10,6$, $p = 0.001$). Le pronostic à court terme était plus sombre avec un taux de mortalité intrahospitalière de 19% dans G1 (vs 3.8% dans G2, $p = 0.005$).

Conclusion : L'âge avancé et le terrain de multimorbidité sont les principaux facteurs de risque de survenu d'une IRA à la phase aigue du SCA.

P 217 PRATIQUE DE LA PLASMAPHERESE DANS UN SERVICE DE REANIMATION EN TUNISIE

I. Maatouk : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
O. Nouira : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
A. Yaacoub : Department of preventive and community medicine University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
O. Saadaoui : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
S. Gnina : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
F. Gabbi : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
W. Ben Maria : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
A. Ben massoud : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
S. Ben abdallah : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
M. Lahmar : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
Z. Hammouda : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
F. Dachraoui : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
L. Besbes Ouanes : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.

Introduction : La plasmaphérèse est une technique extracorporelle visant à éliminer les macromolécules pathogènes du sang. Il s'agit d'un traitement qui a fait ses preuves depuis plusieurs décennies dans la prise en charge d'une grande variété de maladies

Objectif : L'objectif de notre étude était de décrire la pratique de cette technique dans notre unité de soins intensifs (USI).

Méthode : Nous avons mené une étude rétrospective de 2015 à 2023 au sein de notre service de réanimation en Tunisie. Tous les patients transférés des services de neurologie et de néphrologie en dehors de la pandémie de la COVID-19 pour recevoir une plasmaphérèse ont été inclus

Résultat : Au cours de la période d'étude, 22 patients ont été admis pour une plasmaphérèse. La majorité étaient des hommes (66,3%). Leur âge médian était de 38 ans (intervalle interquartile (IQR) : 25-49). Le SAPS II médian était de 13 (IQR : 6-13).

L'APACHE II médian était de 7 (IQR : 7-11,5). La durée médiane de séjour était de 7 jours (IQR : 10-23). Les antécédents médicaux les plus fréquents étaient la myasthénie (19%) et les maladies respiratoires (19%), la sclérose en plaques (9,5%) et l'optique neuromyéélite (9,5%). Les traitements reçus par les patients comprenaient une corticothérapie (28,6%) et le Mestinon (19%). Six patients présentaient une insuffisance respiratoire aiguë, dont 4 nécessitaient une ventilation mécanique. Seul un patient présentait une insuffisance rénale aiguë. Les indications de la plasmaphérèse étaient les suivantes : encéphalite de bickerstaff (4,5%) myasthénie (40%), optique neuromyéélite (19%), polyradiculonévrite (14,3%), sclérose en plaques (9%), vascularite (ANCA) (4,5%), neuropathie optique rétrobulbaire (4,5%) et syndrome de Goodpasture (4,5%). Le nombre moyen de séances de plasmaphérèse était de 4 ± 1 séances. L'état des patients après la plasmaphérèse s'est amélioré dans 81% des cas, a empiré dans 4,8% des cas et est resté stable dans 14,3% des cas. Seules 2 complications liées à cette technique ont été signalées (thrombose du circuit). L'évolution a été favorable dans la majorité des cas (19 cas). Deux patients sont décédés en raison d'une infection nosocomiale.

Conclusion : La plasmaphérèse s'est avérée efficace dans de nombreuses maladies, en particulier dans les affections neurologiques. Néanmoins, il faut surveiller attentivement ses éventuelles complications

P 218 ÉCHANGES PLASMATIQUES EN RÉANIMATION : SÉRIE RÉTROSPECTIVE SUR 5 ANS

R. Ghribi : Département d'Anesthésie-Réanimation Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis.
M. Zakraoui : Département d'Anesthésie-Réanimation Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis.
H. Cherif : Département d'Anesthésie-Réanimation Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis.
I. Abassi : Département d'Anesthésie-Réanimation Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis.
W. Sellami : Département d'Anesthésie-Réanimation Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis.
W. Samoud : Département d'Anesthésie-Réanimation Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis.
A. Rebaï : Département d'Anesthésie-Réanimation Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis.
S. Boughariou : Département d'Anesthésie-Réanimation Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis.
Z. Hajjej : Département d'Anesthésie-Réanimation Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis.
H. Gharsallah : Département d'Anesthésie-Réanimation Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis.
I. Labbene : Département d'Anesthésie-Réanimation Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis.
M. Ferjani : Département d'Anesthésie-Réanimation Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis.

Introduction : L'échange plasmatique est une technique de circulation extracorporelle permettant de soustraire et/ou d'apporter des molécules impliquées dans de nombreuses pathologies dysimmunitaires. Peu de séries existent sur son utilisation in situ en réanimation.

Objectif : Evaluer le profil clinique et évolutif des patients de réanimation ayant eu des échanges plasmatiques, décrire leurs principaux aspects techniques et rapporter leurs complications.

Méthode : Nous avons mené une étude rétrospective monocentrique sur une période de 5 ans (du 1^{er} janvier 2018 au 31 décembre 2022) au niveau de notre service de réanimation médico-chirurgicale. Nous avons inclus tous les patients ayant eu au moins une séance d'échanges plasmatiques.

Résultat : 17 patients ont été inclus dans l'étude, 77% d'entre eux étaient de sexe féminin et l'âge médian était de 33 ans. Les indications des échanges plasmatiques les plus fréquentes étaient les microangiopathies thrombotiques (35%), l'encéphalite auto-immune (18%) et la poussée de myasthénie grave (12%). Les échanges plasmatiques avaient une indication absolue selon la classification de l'American Society For Apheresis (ASFA) dans 82% des cas. Le nombre total de séances effectuées au cours de cette période était de 172 avec un nombre de séance moyen par patient de 10±6. La solution de substitution la plus utilisée était le PFC (88%) suivi de l'albumine humaine à 4% (12%). Un seul patient avait une contre-indication absolue à l'anticoagulation par héparine. La dose d'échange prescrite était de 60 ml/kg. La fraction de filtration moyenne était de 13±2. L'échange plasmatique a été utilisé comme thérapeutique de première ligne dans 59% des cas. Les traitements les plus fréquemment associés étaient les corticoïdes dans 47% des cas et le Rituximab chez 23,5% des patients. 70,6% des patients étaient sous ventilation mécanique invasive au moment des échanges, une épuration extrarénale était associée dans 47% des cas et un seul patient a eu une ECMO veino-veineuse au décours. Les complications les plus fréquemment retrouvées étaient l'hypocalcémie (35%) et la réaction allergique au PFC (12%). La séance d'échange plasmatique a été interrompue suite à une complication dans seulement 1% des cas. L'évolution était favorable chez 70% des patients de cette série, le taux de mortalité était de 23,5%.

Conclusion : L'échange plasmatique chez le patient de réanimation est une technique non dénuée de complications qui ne devrait s'envisager que dans des services ayant un haut niveau d'expertise. Les indications validées par un niveau de preuve élevé doivent être privilégiées.

P 219 PANCRÉATITE AIGUE GRAVE HYPERTRIGLYCÉRIDÉMIQUE : À PROPOS D'UN CAS

Cherif Fatma : AnesthésieRéanimation la Rabta.
Boutheina Mosbahi : AnesthésieRéanimation la Rabta.
Bouzouita Bassem : AnesthésieRéanimation la Rabta.
Miladi Amel : AnesthésieRéanimation la Rabta.
Mahfoudhi Rihab : AnesthésieRéanimation la Rabta.
Messaoudi Yosri : AnesthésieRéanimation la Rabta.
Ammous Adel : AnesthésieRéanimation la Rabta.

Introduction : La pancréatite aiguë est une pathologie grave dont l'étiologie reste dominée par l'origine lithiasique. Cependant, les causes métaboliques comme l'hypertriglycémie, sont souvent sous-estimées et fréquemment associées à un taux de complications plus élevé.

Cas clinique : Nous rapportons le cas d'une femme de 32ans, sans antécédents pathologiques notables, qui a présenté des douleurs abdominales diffuses à H10 post césarienne, avec fièvre et instabilité hémodynamique,

sans ictère. A la biologie, nous avons objectivé une lipasémie à 190 UI/l (> 3 fois la normale) et une hyperlipidémie majeure : triglycérides à 115 g/l (> 100 fois la normale). La fonction rénale était altérée mais le bilan phosphocalcique et hépatique étaient normaux. Un scanner abdominal fait en urgence a objectivé un pancréas discrètement augmenté de taille, ayant perdu ses lobulations physiologiques, de rehaussement homogène avec un épanchement liquidien intrapéritonéal de grande abondance au niveau pelvien des deux gouttières pariéto-colique inter anses péri hépatosplénique sous phrénique, de la racine du mésentère et péri pancréatique. Un complément d'échographie abdominale a éliminé une origine lithiasique. Le diagnostic de pancréatite aiguë grave avec surinfection des coulées de nécrose a été retenu. La patiente a été transférée dans notre service de réanimation chirurgicale. Notre prise en charge comportait un traitement médical : antalgique, antiémétiques, antibiotiques à large spectre, équilibrage des troubles hydroélectrolytiques et introduction d'une alimentation entérale après disparition des vomissements. Un traitement spécifique de l'hypertriglycéridémie a été instauré, associant fénofibrate, insuline et héparine à la seringue électrique. Parallèlement, nous avons drainé les collections par radiologie interventionnelle. L'évolution était marquée par une nette amélioration clinique, une réduction rapide du taux de triglycérides à 33,74 g/L à J6 puis à 1.3 g/L à J28 de son admission et des lipases à 92 UI/l.

Conclusion : La pancréatite aiguë est la complication la plus redoutée en cas d'hypertriglycéridémie. Dès la phase aiguë, il est primordial de prendre en charge précocement l'hypertriglycéridémie. L'insulinothérapie et l'héparinothérapie ont montré des résultats satisfaisants.



P 220 HYPERCLAIRANCE RÉNALE CHEZ LES BRÛLÉS EN RÉANIMATION : CARACTÉRISTIQUES ÉPIDÉMIOLOGIQUES, CLINIQUES ET ÉVOLUTIVES

S.Ben Othman : Réanimation médicale CTGB.

H.Fredj : Réanimation médicale CTGB.

S.Ben Massoud : Réanimation médicale CTGB.

L.Debbiche : Réanimation médicale CTGB.

A.Abdelkrim : Réanimation médicale CTGB.

B.Gasri : Réanimation médicale CTGB.

I.Jami : Réanimation médicale CTGB.

A.MOKLINE : Réanimation médicale CTGB.

AA.Messadi : Réanimation médicale CTGB.

Introduction : L'hyperclairance rénale se définit par une augmentation du débit de filtration glomérulaire. Son incidence varie de 20 à 65% chez les patients en réanimation. Chez les brûlés, elle est peu décrite, d'où l'intérêt de notre étude.

Objectif : Décrire les caractéristiques épidémiologiques, clinique et évolutives des patients brûlés ayant présenté une hyperclairance rénale, et déterminer son incidence, son délai d'apparition et sa durée.

Méthode : Étude prospective, descriptive, menée au service de réanimation des brûlés du Centre De Traumatologie Et Des Grands de Brûlés de Ben Arous sur une période de 7 mois (Janvier-Aout 2023). Ont été inclus les patients ayant développé une hyperclairance rénale ayant un âge ≥ 18 ans, une SCB $\geq 20\%$, un délai d'admission ≤ 48 heures post brûlures, une durée de séjour ≥ 3 jours et une fonction rénale normale. L'hyperclairance rénale a été définie par une clairance mesurée ≥ 130 ml/min/1,73m² au minimum 3 jours de suite. Ont été recueillis les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et évolutives des patients

Résultat : Deux cent deux patients brûlés ont été admis dont 26 patients ont été inclus ayant tous présenté une hyperclairance rénale soit une incidence de 12,8%. L'âge médian était de 34 [23,7-41,5] ans, avec un sexe-ratio de 2,7. Deux patients (7,7%) avaient des comorbidités : une hypertension artérielle (n=1) et un diabète (n=1). La médiane de la SCB était de 34,5% [26,5-58], l'UBS médian était de 35[28-81]. Cinquante-trois pourcent des patients étaient transférés d'un autre hôpital. Le délai médian d'apparition de l'hyperclairance était à 3 [2-5,2] jours par rapport à l'admission. Avec une clairance moyenne était 153 ± 39 . L'hyperclairance était précoce (<5jours) dans 77% des cas. La durée médiane de l'hyperclairance était de 5[3-7,5] jours. Quinze patients (57,7%) ont présenté un état septique grave. Quatre patients ont présenté des complications thromboemboliques : embolie pulmonaire(n=3), thrombose veineuse profonde(n=1). La médiane de la durée de séjour était de 16,5[9,5-24,5]. La mortalité était de 50% dans cette série.

Conclusion : l'incidence de l'hyperclairance rénale était de l'ordre de 12,8% d'apparition précoce, dans un délai de 3 jours et dure en moyenne 5 jours, elle est associée à une mortalité élevée.

P 221 HYPOVITAMINOSE D CHEZ LES BRULÉS EN REANIMATION : ETAT DES LIEUX

N.Marzouki : Service de réanimation des grands brûlés Tunis CTGB.

H.Fredj : Service de réanimation des grands brûlés Tunis CTGB.

S.Rhaïem : Service de réanimation des grands brûlés Tunis CTGB.

A.Ben Hammed : Service de réanimation des grands brûlés Tunis CTGB.

S.Zarrouk : Service de réanimation des grands brûlés Tunis CTGB.

L.Debbiche : Service de réanimation des grands brûlés Tunis CTGB.

B.Gasri : Service de réanimation des grands brûlés Tunis CTGB.

I.Jami : Service de réanimation des grands brûlés Tunis CTGB.

Lamia Thabet : Laboratoire de biologie médicale CTGB.

Amel Mokline : Service de réanimation des grands brûlés Tunis CTGB.

Amen Allah Messadi : Service de réanimation des grands brûlés Tunis CTGB.

Introduction : Le déficit en vitamine D est fréquent chez les patients en réanimation avec une incidence de l'ordre de 50 % (selon la revue édicale suisse). Chez les brûlés cette incidence est plus élevée variant de 62 % à 92% (clinical research award)

Objectif : Déterminer l'incidence de l'insuffisance en vitamine D chez les brûlés.

Méthode : Il s'agit d'une étude prospective, observationnelle monocentrique menée au sein du service de réanimation des brûlés du centre de traumatologie et des grands brûlés entre le premier juillet et le 14 septembre 2023. Ont été inclus: les patients brûlés admis en réanimation Ont été exclus Les patients exclus : les patients non brûlés et femmes enceintes Les insuffisants rénaux chroniques Les patients dont le dosage est non fait (problème technique) Un dosage de la vitamine D a été effectué à l'admission (25+1-25 OH vitamine D) selon la technique ELFA automatisé sur VIDAS. En se basant sur la classification de l'institut américain de médecine(haute autorité de santé) : le déficit en vitamine D est défini par un taux inférieur à 30 ng/ml: Une Carence : <10ng/ml Une Insuffisance varie entre 10-30 ng/ml. Le taux normal varie entre 30-100 ng/ml.

Résultat : Durant la période d'étude, Soixante onze ont été admis ; soixante trois patients ont été inclus. L'âge médian était de 34 ans[1; 94] avec un sexe ratio de 5,3. quatre patients étaient diabétiques, sept patients étaient hypertendus. Les brûlures étaient secondaires à un accident domestique dans 57% des cas (n=36), elles sont thermiques dans la majorité des cas dans 96% (n=61). la surface cutanée brûlée moyenne était de $26.3 \% \pm 15.26$. les brûlures étaient du 2^{ème} degré superficiel dans 53% (n=34), et profondes dans 46 % (n=29). le déficit en vitamine D était observé dans 95% des cas (n=60) avec une moyenne de la vitamine D à 18,73ng/ml (8,1-41), la répartition des patients selon le dosage est représenté dans ce tableau :

Conclusion : L'hypovitaminose D est importante chez les patients brûlés à la phase initiale avec une incidence de 84% d'où la nécessité d'une supplémentation systématique.

	taux	N
Taux normal	11,1%	03
insuffisance	73%	46
<u>carence</u>	11%	7

Tableau 1: répartition des patients

P 222 ETUDE DESCRIPTIVE DES TROUBLES MÉTABOLIQUES DES SUJETS ÂGÉS ADMIS AUX URGENCES

Hana Kessentini : Service des urgences et SAMU04 hopital Habib Borguiba Sfax.
Karray Rim : Service des urgences et SAMU04 hopital Habib Borguiba Sfax.
Drira Hanen : Service des urgences et SAMU04 hopital Habib Borguiba Sfax.
Lazzez fatma : Service des urgences et SAMU04 hopital Habib Borguiba Sfax.
Issaoui fadhila : Service des urgences et SAMU04 hopital Habib Borguiba Sfax.
Chakroun Olfa : Service des urgences et SAMU04 hopital Habib Borguiba Sfax.
Chaari Adel : Service des urgences et SAMU04 hopital Habib Borguiba Sfax.
Kamoun leila : Service des urgences et SAMU04 hopital Habib Borguiba Sfax.
Rekik Noureddine : Service des urgences et SAMU04 hopital Habib Borguiba Sfax.

Introduction : Les sujets âgés sont plus disposé à développer des troubles ionique que les autres patients, et surtout en période estivale, devant l'inadéquation entre besoin/apport en eau, et le climat humide et chaud

Objectif : Le but principal de notre travail était d'étudier les troubles ioniques à l'admission aux urgences chez la population gériatrique

Méthode : il s'agit d'une étude prospective, observationnelle, monocentrique portant sur les patients âgés (défini selon l'OMS par une âge >65 ans) admis aux unités de soins intensives des urgences pendant le mois de juillet 2023.

Résultat : Durant le mois de juillet, la population gériatrique fait plus que 35% des admissions. Nous avons colligé 75 patients, avec un sexe ratio à 1 et une moyenne d'âge à 77.31 +/- 8.23 ans. Les motifs d'admissions les plus rencontrés : AEC fébrile(n=21,28%), une AEC (n=10 ;13,3%), une dyspnée (n=11 ;14.7%), une AEG (n=6 ;8%) et un traumatisme(n=9 ;12%) Un bilan biologique comportant un ionogramme et une fonction rénale a montré : une natrémie normale chez 54 patients (72%), une hypernatrémie légère (n=7 ;9,3%), hypernatrémie modérée à sévère (n= 6 ;8%), une hyponatrémie légère (n=4 ;5.3%) et une hyponatrémie modérée à sévère(4 ;5.3%). Pour la kaliémie, une kaliémie correct chez 54 patients (72%), une hyperkaliémie légère (n=2 ;2.7%) une hyperkaliémie modérée à sévère (n=7 ;9.3%), une légère hypokaliémie chez 6 patients (8%) et une hypokaliémie modérée à sévère(n=6 ;8%) En étudiant la fonction rénale, on a noté une fonction rénale correct chez seulement 24patients (32%), une insuffisance rénale légère(n=13,17.3%), une insuffisance rénale modérée (n=12 ;16%) et IR sévère (n=17 ;22,7%) On a noté une acidose métabolique organique chez 25 patients (33.3%) et une acidose respiratoire dans 8 cas (10.7%) Une osmolarité moyenne à 301,93+/- 41,78 avec une hyperosmolarité (osmolarité>300mosm/l) chez 36 patients(48%) On a noté une hypercalcémie chez 3 patients (4%) et une hypocalcémie chez 8 patients(10.6%) On a corrigé ces troubles métaboliques moyennant un traitement médical avec recours à l'hémodialyse pour 6 patients (2 hypercalcémie, et 3 hyperkaliémie menaçante)

Conclusion : les troubles métaboliques chez la population gériatrique sont expliqués par les modifications fonctionnelles du rein et le retentissement de nombreuses maladies chroniques telles que le diabète, l'HTA les pathologies urologiques;ce qui fait la particularité de ces patients

P 223 COMPLICATIONS MÉTABOLIQUES POST OPÉRATOIRE

Emna Zouari : Réanimation médicale Habib Bourguiba sfax.
Rania Ammar : Réanimation médicale Habib Bourguiba sfax.
Sabrina Bradaii : Réanimation médicale Habib Bourguiba sfax.
Amal kotti : Réanimation médicale Habib Bourguiba sfax.
Kamilia chtara : Réanimation médicale Habib Bourguiba sfax.
Mabrouk Bahloul : Réanimation médicale Habib Bourguiba sfax.
Hedi chelly : Réanimation médicale Habib Bourguiba sfax.
Chokri Ben Hamida : Réanimation médicale Habib Bourguiba sfax.
Mounir Bouaziz : Réanimation médicale Habib Bourguiba sfax.

Introduction : L'évaluation des complications métaboliques post-opératoires revêt une importance cruciale dans la prise en charge des patients.

Objectif : L'objectif de cette étude est d'identifier les complications métaboliques survenant après une intervention chirurgicale.

Méthode : Il s'agit d'une étude prospective qui s'est déroulée sur une période de six mois au sein du service de réanimation médicale à l'Hôpital Habib Bourguiba de Sfax. Tous les patients admis en unité de soins intensifs (USI) en post-opératoire ont été inclus.

Résultat : Nous avons inclus 90 patients. La moyenne du score SOFA était de $8 \pm 3,4$. Le score SAPS moyen était de $15 \pm 1,4$. Le type de chirurgie était : neurochirurgie (37,9 %), chirurgie cardiovasculaire (32 %), chirurgie abdominale (14,9 %), chirurgie orthopédique (8 %), chirurgie vésicale (4,6 %) et chirurgie thoracique (2,3%). En préopératoire, nous avons retrouvé une hyponatrémie (22,5 %), une hypernatrémie (0,9 %), une acidose métabolique (15,6 %), une hypokaliémie (22,9 %), une hyperkaliémie (23,4 %), une hypoglycémie (24,6 %) et une hyperglycémie (23 %). En post-opératoire nous avons noté une hypernatrémie (13,63%), une hypokaliémie (27,4 %), une hyperkaliémie (5,68 %), une hyperglycémie (43 %) et une acidose métabolique chez 76 patients (78 %) dont une acidose métabolique avec TA post opératoire normal chez 29 patients et augmentée chez 47 patients.

Conclusion : A travers notre étude plusieurs complications métaboliques post-opératoires, notamment des déséquilibres électrolytiques et une acidose métabolique ont été retrouvés. L'identification et la prise en charge précoce de ces troubles sont essentielles pour diminuer ces complications.

P 224 FACTEURS DE RISQUES DE SURVENUE DE L'INSUFFISANCE RÉNALE POST TRAUMATIQUE

Emna Zouari : Réanimation médicale Habib Bourguiba sfax.
Rania Ammar : Réanimation médicale Habib Bourguiba sfax.
Najeh Baccouche : Réanimation médicale Habib Bourguiba sfax.
Rihab Boubtane : Réanimation médicale Habib Bourguiba sfax.
Mabrouk Bahloul : Réanimation médicale Habib Bourguiba sfax.
Hedi chelly : Réanimation médicale Habib Bourguiba sfax.
Chokri Ben Hamida : Réanimation médicale Habib Bourguiba sfax.
Kamilia chtara : Réanimation médicale Habib Bourguiba sfax.
Mounir Bouaziz : Réanimation médicale Habib Bourguiba sfax.

Introduction : La survenue d'une insuffisance rénale aiguë (IRA) post-traumatique représente une complication grave qui peut compromettre le pronostic vital. Les facteurs prédictifs de survenue d'une telle complication peuvent s'additionner.

Objectif : Etudier les facteurs de risques impliqués dans la survenue de l'insuffisance rénale post traumatique.

Méthode : Cette étude prospective a été menée au sein du service de réanimation polyvalente de l'Hôpital Habib Bourguiba à Sfax pendant une année. Elle a porté sur des patients admis en contexte post-traumatique, en se concentrant sur les polytraumatisés âgés de 18 ans et plus, ayant une durée de séjour en unité de soins intensifs (USI) supérieure à 48 heures. Les critères d'exclusion ont englobé les patients atteints d'insuffisance rénale chronique au stade terminal nécessitant une hémodialyse, ainsi que ceux dont la durée de séjour en USI était inférieure à 48 heures. L'insuffisance rénale aiguë a été définie conformément aux critères établis par KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcomes). Les participants ont été répartis en deux groupes distincts, à savoir le groupe IRA+ (insuffisance rénale aiguë présente) et le groupe IRA- (absence d'insuffisance rénale aiguë).

Résultat : Au cours de notre étude, nous avons examiné un échantillon de 95 patients admis en unité de soins intensifs (USI). À l'admission, le SAPS II moyen a été de 21,35. Le score SOFA moyen a été de 5,38. L'APACHE a été de

13,26. La prévalence de l'insuffisance rénale aiguë (IRA) a été de 16,8 %. Le délai moyen de survenue de l'IRA après l'admission en USI a été de 7 jours. Selon la classification KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcomes), nous avons constaté que 66,7 % des cas d'IRA se situaient au stade 1, tandis que 16,7 % se trouvaient au stade 2, et 16,7 % au stade 3. En ce qui concerne les types de traumatismes subis par les patients, le traumatisme crânien était le plus fréquent affectant 86 % des patients, suivis des traumatismes faciaux (36 %), thoraciques (60 %), abdominaux (17,8 %), et des traumatismes rénaux directs (3,3 %). Les facteurs de risque associés à la survenue de l'IRA ont été la rhabdomyolyse ($p=0,004$), la transfusion sanguine ($p=0,026$), le traumatisme crânien ($p=0,007$) et l'hypoxémie ($p=0,0055$).

Conclusion : La diversité des facteurs de risque identifiés, tels que la rhabdomyolyse, l'atteinte rénale consécutive à une transfusion, les traumatismes crâniens et l'hypoxémie, souligne la complexité de l'insuffisance rénale chez les polytraumatisés en USI.

P 225 THROMBOPÉNIE CHEZ LES PATIENTS BRÛLÉS EN RÉANIMATION : CARACTÉRISTIQUES ÉPIDÉMIOLOGIQUES ET ÉVOLUTIVES

A.Falfoul : Réanimation des brûlés CTGB.

S.Zarrouk : Réanimation des brûlés CTGB.

S.Ben Othman : Réanimation des brûlés CTGB.

H.Fredj : Réanimation des brûlés CTGB.

H.Chaabouni : Réanimation des brûlés CTGB.

L.Debbiche : Réanimation des brûlés CTGB.

S.Dhraief : Service de biologie clinique et banque du sang CTGB.

L.Thabet : Service de biologie clinique et banque du sang CTGB.

A.Mokline : Réanimation des brûlés CTGB.

AA.Messadi : Réanimation des brûlés CTGB.

Introduction : La thrombopénie est fréquente, survenant chez 25 à 35% des patients de réanimation, particulièrement chez les brûlés. Elle est souvent multifactorielle et aggrave le pronostic des patients. Ce sujet a fait l'objet de peu d'études chez la population des brûlés.

Objectif : Décrire les caractères épidémiologiques, cliniques et évolutifs chez les patients brûlés qui ont présenté une thrombopénie.

Méthode : Étude rétrospective, descriptive, menée au service de réanimation des brûlés du centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous sur une période de 4 mois (Novembre 2022-Février 2023). Ont été inclus les patients brûlés présentant une thrombopénie. Les patients suivis en hématologie pour thrombopénie ont été exclus. Ont été recueillis les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et évolutives.

Résultat : Cent trente cinq patients ont été admis durant la période d'étude dont 28 ont présenté une thrombopénie, soit une incidence de 20%, avec un âge moyen de 35 ans [25-45] et une prédominance masculine (genre ratio à 2,5). Onze patients présentaient des comorbidités : Diabète ($n=4$), hypertension artérielle ($n=4$), pathologie psychiatrique ($n=3$). Les brûlures étaient majoritairement des brûlures thermiques (75%), succédant dans la plupart des cas à des tentatives de suicides (54%), admis principalement par transferts secondaires (71%). Le score thromboembolique était élevé dans 82% des cas. La surface cutanée brûlée était en moyenne de 44% [32-50]. La thrombopénie apparaissait en moyenne à J3 [2-4] de l'admission, et persiste pendant durée médiane de 5 jours [4-8], avec un taux moyen à $100531/\text{mm}^3$ et un nadir à $8000/\text{mm}^3$. L'étiologie de la thrombopénie était principalement septique (96%). En effet, 25 patients (93%) étaient en choc septique, et un patient était en sepsis. L'infection était majoritairement une bactériémie (11 patients) suivie par la pneumonie nosocomiale ($n=9$). La cause iatrogène était rapportée dans 29% des cas, essentiellement du aux antibiotiques, principalement la tigécycline, le linézolide et la tazocilline. La durée de séjour était en moyenne de 10 jours [7-14] et la mortalité était de 89%.

Conclusion : Dans notre série, la thrombopénie a une incidence de 20%, elle survient dans un délai précoce, dure en moyenne 5 jours, et est le plus souvent d'origine septique.

P 226 UNE CALCEMIE SUPERIEURE A 5 MMOL/L : ÇA EXISTE

I. Sedghiani : Urgences-réanimation habib thameur.
N. Zarouene : Urgences-réanimation habib thameur.
W. Brahmi : Urgences-réanimation habib thameur.
Y. Garbaa : Urgences-réanimation habib thameur.
A. Smiri : Urgences-réanimation habib thameur.
I. Zaghdoudi : Urgences-réanimation habib thameur.
N. Borsali-Falfoul : Urgences-réanimation habib thameur.

Introduction : L'hypercalcémie est une urgence extrême qui peut mettre en jeu le pronostic vital. La gravité est souvent liée aux complications cardiovasculaires ou à l'étiologie. Nous rapportons un cas d'hypercalcémie maligne compliquée de souffrance cérébrale diffuse.

Cas clinique : Il s'agissait d'une patiente de 67 ans, hypertendue, diabétique, suivie pour un syndrome dépressif depuis 6 mois, admise pour altération de l'état de conscience. A l'admission : fébrile= 38°C, FR=22 cpm, SpO2=88%, PA=140/90 mm Hg, FC=89 bpm, Score de Glasgow=12/15, sans signes de localisation. La tomodensitométrie cérébrale et la ponction lombaire étaient normales. A la biologie : une hypercalcémie à 5,47mmol/L, une insuffisance rénale (Urée=29 mmol/L, Créatinine=314 µmol/l) et une hypernatrémie=149 mmol/L. A l'ECG : BBD complet, intervalle QT normal= 0,43 ms. Une hyperparathyroïdie, retenue devant une PTH élevée, était secondaire à un adénome parathyroïdien suspect de malignité à l'échographie. Le traitement était basé sur l'hydratation, les diurétiques de l'anse, le bisphosphonate et la corticothérapie systémique permettant une baisse progressive de la calcémie jusqu'à la normalisation. L'évolution clinique était marquée par l'aggravation de l'état neurologique nécessitant le recours à la ventilation mécanique et l'absence de réveil en rapport avec une souffrance cérébrale diffuse attestée par un tracé EEG ralenti, microvolté et aréactif.

Conclusion : L'hypercalcémie maligne peut donner un tableau clinique polymorphe et trompeur. Une normalisation de la calcémie ne garantit pas l'amélioration clinique. Le niveau de tolérance n'est pas identique sur les plans cardiovasculaire et neurologique.

P 227 HYPONATREMIE SEVERE EN REANIMATION CHEZ LES PATIENTS DE PSYCHIATRIE : ETUDE DE DEUX CAS

H. Chabbeh : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..
H. Ben Ghezala : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..
A. Ben Jazia : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..
H. Laranout : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..
W. Homrani : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..
N. Brahmi : Service de réanimation polyvalente et toxicologique Centre Mahmoud Yaacoub d assistance médicale urgente..

Introduction : L'hyponatrémie est un problème fréquent pouvant avoir des répercussions graves. La potomanie, qui survient préférentiellement dans le contexte d'une maladie psychiatrique, est une cause principale de ce trouble métabolique. Nous présentons ici deux cas d'hyponatrémie sévères secondaires à une potomanie.

Cas clinique : Cas 1 : Un homme âgé de 45 ans, suivi pour schizophrénie a été admis pour une altération de l'état de conscience précédée par une crise convulsive. L'examen initial a montré un patient apyrétique, une PA à 168/96 mm Hg, un Glasgow à 13, patient confus avec une agitation psychomotrice. La glycémie était à 1,20 g/dl. A la biologie il y avait une hyponatrémie à 106,3 mmol/l avec une osmolarité à 212 mmol/l. La potomanie était suspectée devant la consommation excessive d'eau avec polyurie et un aspect hypotonique des urines. Il a reçu un protocole de correction rapide de l'hyponatrémie, avec une natrémie de contrôle à 111,3 mmol/l et une restriction hydrique. L'évolution a été marquée par une amélioration neurologique avec une natrémie à la sortie à 136 mmol/l. Cas n 2 : Une femme âgée de 52 ans suivie pour une hypothyroïdie a été admise en réanimation pour une altération de l'état de conscience précédée par une crise convulsive. Une TDM cérébrale faite était normale. L'examen initial a objectivé une confusion mentale dans un contexte d'apyrexie avec un score de Glasgow à 11. La pression artérielle était à 130/80. Le bilan biologique a montré une hyponatrémie à 116 mmol/l avec une fonction rénale conservée et une osmolarité à 232 mmol/l. Elle a reçu 5 ampoules de NaCl sur 20 min avec une diminution des apports hydrique. La patiente a été mise sortante à J6 avec une nette amélioration de l'état neurologique et une natrémie de contrôle à 132 mmol/l.

Conclusion : La potomanie est une urgence diagnostique et thérapeutique qui peut engager le pronostic vital du patient. Comme le montre nos deux observations, un diagnostic étiologique précis nécessite une démarche clinique et biologique rigoureuse afin d'entamer une correction prudente adaptée.

P 228 GESTION ET PRÉVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS DANS LE BLOC OPÉRATOIRE

S. Fraga : Service de Médecine du travail EPH Rouiba-Faculté de Médecine d'Alger.

N. Zanoun : Service d'épidémiologie et de Médecine préventive CHU Bab El Oued-Faculté de Médecine d'Alger.

Introduction : Le bloc opératoire est une structure complexe qui évolue en permanence. Il est l'un des principaux lieux à risque pour les patients et le personnel de santé.

Objectif : L'objectif de ce travail était d'identifier les différents risques pouvant exister dans le bloc opératoire et de proposer les mesures de prévention pour chaque risque.

Méthode : La méthode d'analyse des risques a priori a été utilisée pour repérer et évaluer les risques immédiats et latents dans le bloc opératoire du service de chirurgie de l'EPH Rouiba durant le mois de novembre 2022. Il s'agit d'une approche par comparaison à des référentiels qui combine plusieurs modes de recueil d'information : visite sur site, analyse de documents, observations des pratiques et entretiens individuels.

Résultat : Plusieurs risques ont été identifiés dans le bloc opératoire de l'EPH de Rouiba : - Risque biologique : par contact avec le sang ou autres liquides biologiques (coupure, piqure et projection). - Physiques et techniques : Electrique, mécanique, thermique, pneumatique (air, fluides) et radiations. - Risque chimique : Lié à l'utilisation de produits toxiques (glutaraldéhyde, gaz et vapeurs anesthésiques). - Risque organisationnel et humain et en fin les risques psychologiques et sociaux. Conclusion : La prévention des risques dans le bloc opératoire fait partie des actions prioritaires à mettre en œuvre dans tout établissement exerçant une activité chirurgicale. La gestion des risques, quel que soit l'outil choisi, ne peut être effective que dans la mesure où les propositions d'actions en réduction des risques sont prises en compte par le management et les équipes opérationnelles.

P 229 LES MALADIES CÉRÉBRO-VASCULAIRES MORBIDITÉ ET MORTALITÉ HOSPITALIÈRES AU CHU DE BAB EL OUED

N. ZANOUN : Epidémiologie Bab el oued.

S. FRAGA : Médecine du travail EPH Rouiba.

N. AITHAMADOUCHE : Epidémiologie Bab el oued.

A. NEBAB : Epidémiologie Bab el oued.

Introduction : Les maladies cérébro-vasculaires en Algérie, comme partout dans le monde, constituent un groupe de pathologies dont l'importance demeure croissante aussi bien dans leur prévalence que dans leur diversité dans la population générale.

Objectif : L'objectif de ce travail était d'étudier la morbidité et la mortalité hospitalières liées aux maladies cérébro-vasculaires au CHU de Bab El Oued durant l'année 2019.

Méthode : Etude rétrospective sur la base des données de la morbidité et de la mortalité hospitalière durant l'année 2019. La classification internationale des maladies « CIM-10 » a été utilisée pour le codage du diagnostic principal et le logiciel Epi-Info version 6 pour l'analyse des données. Les maladies cérébro-vasculaires sont définies par les codes CIM 10 : « I60-I69 ».

Résultat : En 2019, 299 séjours hospitaliers, mentionnaient une maladie cérébro-vasculaire au CHU de Bab El Oued. Plus de la moitié concernait le sexe masculin. Le service des urgences a totalisé 41,7 % de l'ensemble des séjours pour maladies cérébro-vasculaires et le service de réanimation médicale a totalisé 2,8%. Les principales maladies cérébro-vasculaires rencontrées étaient : L'hémorragie intracrânienne non traumatique en première position suivie de l'infarctus cérébral, d'accident vasculaire cérébral hémorragique et l'hémorragie sous arachnoïdienne dans 3,5%. Les 299 admissions pour les maladies cérébro-vasculaires ont totalisés 2263 journées d'hospitalisations avec une durée moyenne de séjour de $7,8 \pm 0,5$ jours. Durant cette année, 79 décès sont survenus.

Conclusion : Ces résultats constituent une première analyse à l'échelle du CHU de Bab El Oued des hospitalisations liées aux maladies cérébro-vasculaires, définissant une situation de départ qui pourra être suivie dans le temps et l'espace.

P 230 MORBI-MORTALITÉ DES ÉCHANGES PLASMATIQUES EN RÉANIMATION PÉDIATRIQUE

Houda Ajmi : Service de Pédiatrie CHU Sahloul, Sousse.
Nada Boukadida : Service de Pédiatrie CHU Sahloul, Sousse.
Fadoua Majdoub : Service de Pédiatrie CHU Sahloul, Sousse.
Salsabil Nour : Service de Pédiatrie CHU Sahloul, Sousse.
Sameh Mabrouk : Service de Pédiatrie CHU Sahloul, Sousse.
Syrine Mansar : Service de Pédiatrie CHU Sahloul, Sousse.
Dalel Nasralli : Service de Pédiatrie CHU Sahloul, Sousse.
Saoussan Abroug : Service de Pédiatrie CHU Sahloul, Sousse.
Jalel Chemli : Service de Pédiatrie CHU Sahloul, Sousse.

Introduction : Les échanges plasmatiques (EP) représentent une technique de purification extracorporelle du sang utilisée dans un large éventail de maladies. Pour les patients adultes, il existe de nombreuses études sur les EP mais peu d'études se sont intéressées à l'utilisation de cette technique pour la population pédiatrique.

Objectif : Evaluer la morbi-mortalité des EP chez les enfants hospitalisés en l'unité de réanimation pédiatrique (PICU) du service de pédiatrie CHU Sahloul.

Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive portant sur les enfants hospitalisés en PICU du service de pédiatrie CHU Sahloul et ayant bénéficié d'EP. Notre étude a inclus tous les patients ayant bénéficié de cette technique et hospitalisés durant la période s'étalant entre 2000 et 2022.

Résultat : Nous avons colligé 6 patients. L'âge moyen était de 11 ans [5- 22]. Il s'agissait de 3 cas de syndrome hémolytique et urémique atypique, 2 cas de syndrome de Guillain Barré et un cas de myélite transverse. Le poids moyen de nos patients était de 33kg [14,5-55 kg]. Le délai moyen entre le début de la maladie et la réalisation des EP était de 18.5 jours [5 – 33 jours]. Le nombre total de séances des EP par malade était en moyenne de 5 séances. Trois patients étaient sous drogues vasoactives et 3 patients étaient sous ventilation mécanique lors de l'initiation des EP. La durée moyenne de ventilation mécanique était de 29 jours [4-70 jours] et la durée de séjour en PICU était en moyenne de 17 jours [12-22 jours]. Les trois patients atteints de néphropathies, ont évolué favorablement alors que les 3 patients atteints de pathologies neurologiques sont décédés. Les patients décédés ont nécessité une ventilation mécanique et le recours aux drogues vasoactives. Ils ont eu moins de séances d'EP et avaient des scores de PRISM III et PELOD 2 plus altérés comparativement aux survivants.

Conclusion : Les EP constituent un traitement qui a montré son efficacité dans plusieurs pathologies pédiatriques sévères. Néanmoins, elle demeure une technique présentant une morbi-mortalité lourde notamment en milieu de réanimation pédiatrique. Certes, cette morbi-mortalité ne peut être imputables uniquement aux EP mais à l'état critique des patients bénéficiant de cette technique.

P 231 PATIENT-MANAGEMENT PROBLEM DANS L'EVALUATION DES CONDUITES A TENIR : APPORT EN RÉANIMATION MÉDICALE

A TRIFI : REA MED RABTA.
A MEHDI : REA MED RABTA.
L MESSAOUD : REA MED RABTA.
E SEGHIR : REA MED RABTA.
Y TOUIL : REA MED RABTA.
S ABDELLATIF : REA MED RABTA.

Introduction : En formation médicale, le Patient-Management Problem (PMP) représente un outil d'évaluation du raisonnement clinique et permet une démarche de résolution évolutive. En réanimation médicale, l'usage du PMP reste limité et on ne dispose pas de feedback des étudiants.

Objectif : Evaluer la perception objective des étudiants DCEM3 en stage de réanimation médicale, vis-à-vis du PMP comme outil d'évaluation, en utilisant les cas cliniques (CC) à QCM groupées comme méthode de référence.

Méthode : il s'agissait d'un essai croisé transversal mené dans un service de réanimation médicale. Étaient inclus les externes de DCEM3 en semestre de médecine aiguë. Deux PMPs versus deux CCs-QCMs groupées ont été préparés dont chacun s'intéressait à une thématique de réanimation. Les PMPs étaient conçus sous forme électronique et les cas cliniques sous formats papiers. A la fin de la séance, un questionnaire de satisfaction a été distribué.

Résultat : Vingt étudiants ont été inclus. Tous les participants avaient une expérience antérieure avec les PMPs et seulement neuf connaissaient les CC à QCM groupées. Les scores obtenus aux PMP étaient de 14,9 pour le 1^{er}

thème et de 15,8 pour le 2^{ème} thème. La médiane des notes des CC-QCM groupées, était à 14 [12-16] pour les deux. Les moyennes ne différaient pas entre les deux techniques. Pour le 1^{er} thème : les notes étaient négativement corrélées ($r=-0,58$ et $p=0,007$). Perception : les étudiants ont ressenti une satisfaction meilleure pour le PMP et pour le débriefing que par les CC ($p<10^{-3}$), les éléments fournis par le PMP étaient plus pertinents pour la démarche décisionnelle ($p<10^{-3}$), l'implication était plus ressentie avec le PMP ($p<10^{-3}$) et la difficulté a été plus ressentie avec les CC ($p<10^{-3}$). L'impact du PMP a été jugé important sur le raisonnement clinique ($n=36$), sur l'autoévaluation ($n=38$), sur la résolution des problèmes ($n=40$) et sur la prise de décision ($n=39$). Les étudiants ont recommandé plutôt le PMP pour l'évaluation ($p<10^{-3}$).

Conclusion : La perception positive des étudiants vis-à-vis des PMPs incite à la généralisation du PMP comme moyen d'évaluation en réanimation médicale. La formation des enseignants doit être renforcée.

Tableau. Perception des étudiants pour les 2 outils d'évaluation sur l'échelle de Likert (présentée en médiane [IQR])

Rubriques enquêtées	Signification de l'échelle de Likert (de 1 à 5)	PMP	CC-QCM regroupées	Valeur P
Satisfaction globale	1= pas du tout satisfait 5= très satisfait	5 [4-5]	4 [3-4]	< 0,001
Pertinence des éléments fournis dans le processus décisionnel :	1= pas du tout pertinent 5 = tout à fait pertinent	5 [4.25-5]	3 [3-4]	< 0,001
• Approche diagnostique		5 [4-5]	3 [3-4]	< 0,001
• Approche thérapeutique				
Degré d'implication de l'étudiant dans le processus décisionnel	1= pas du tout impliqué 5= pleine implication nécessitant des réflexions	5 [4-5]	3 [2-4]	< 0,001
Difficulté à choisir parmi les choix proposés	1= aucune difficulté perçue 5= difficulté majeure	2 [2-3]	4 [3-4]	< 0,001
Degré de recommandation comme outil d'évaluation dans la discipline de médecine aigue	1 = totalement en désaccord 5= tout à fait d'accord	5 [5-5]	3 [2-4]	< 0,001

PMP : patient management problem, CC : cas clinique, QCM : question à choix multiple, IQR : intervalle inter quartile 25-75

P 232 APPORT PRONOSTIQUE DU RATIO NEUTROPHILES/LYMPHOCYTES AU COURS DES ETATS SEPTIQUES GRAVES : RESULTATS PRELIMINAIRES

A.Mehdi : Réanimation Médicale la Rabta.
H.Galai : Réanimation Médicale la Rabta.
B.Tlili : Réanimation Médicale la Rabta.
O.Ellouze : Réanimation médicale la Rabta.
L.Messaoud : Réanimation Médicale la Rabta.
E.Seghir : Réanimation Médicale la Rabta.
Y.Touil : Réanimation Médicale la Rabta.
A.Trifi : Réanimation Médicale la Rabta.
S.Abdellatif : Réanimation Médicale la Rabta.

Introduction : Les états septiques graves (ESG) représentent des causes fréquentes d'admission en réanimation avec une lourde mortalité. Il serait utile d'identifier des outils simples permettant la détection précoce des patients à haut risque de décès.

Objectif : Étudier la performance du NLR à prédire la mortalité à j28 des patients admis en USI pour un ESG.

Méthode : Il s'agit d'une étude de cohorte observationnelle prospective en cours de réalisation au service de réanimation médicale la Rabta sur une période prévue de 6 mois (Mai 23- Oct 23). Ont été inclus les patients âgés de 18 ans ou plus présentant un ESG à l'admission ou au cours du séjour. Le NLR analysé correspondait à celui de H24 du diagnostic de l'ESG. N'étaient pas inclus les patients présentant un désordre hématologique, une maladie inflammatoire chronique, une immunodépression sévère ainsi que le statut post-traumatique et post opératoire. Les patients décédés dans les 24 heures suivant l'inclusion étaient exclus de l'étude.

Résultat : 38 patients ont été inclus d'âge médian 64 ans [43-71]. Le genre ratio était de 1.9 (25/13). Le diabète et l'HTA étaient les tares les plus fréquentes observées respectivement dans 44,7% (N=17) et 47,4% (N=18). L'ESG était un état de choc septique dans 89,5% des cas (N=34) avec un délai de survenue médian de 1,5 jours [1-3,25] par rapport à l'admission. Les portes d'entrée pulmonaires et urinaires étaient les plus fréquentes observées respectivement dans 71,1% (N=27) et 13,2% (N=5) des cas. Dans 67% des cas, l'infection n'était pas documentée. Le germe incriminé était un BGN non fermentant dans 26,3% des cas. Le NLR ratio était plus élevé chez les non survivants sans atteindre un seuil de significativité ($12,95 \pm 11,5$ chez les survivants vs $17,21 \pm 18,2$ chez les décédés ; $p=0,4$). Le tableau 1 résume les différences clinico-biologiques entre les survivants et les décédés à J28. Les études de corrélations n'ont pas démontré une corrélation positive entre le NLR et le score SOFA ($Rho=0,4$; $p=0,8$) ainsi que le taux de CRP ($Rho=0,09$; $p=0,57$), deux marqueurs prédictifs de mortalité au cours des ESG. Selon l'analyse de la courbe ROC (Receiving Operating Characteristic), le NLR ne permettait pas de prédire la mortalité à J28 avec une Aire sous la courbe = 0.55 (95% CI 0,36-0,75 ; $p=0,5$). Il serait intéressant d'augmenter la taille de l'échantillon pour une meilleure évaluation de la valeur prédictive de mortalité du NLR à J28. On prévoit l'inclusion de 80 patients.

Conclusion : Une tendance à un NLR plus élevé était notée chez les non survivants. Cependant, ce ratio n'avait pas une bonne valeur prédictive de mortalité à J28 ni une corrélation avec d'autres paramètres pronostiques (score SOFA / taux de CRP)

Tableau 1 : Différences clinico-biologiques entre survivants et décédés à J28

	Survivants (N=10)	Décédés (N=28)	p
Caractéristiques de base :			
Diabète	5	10	0,72
HTA	6	12	0,46
ICC	3	3	0,31
IRC	1	5	1
Dyslipidémie	3	6	0,67
*Sepsis	4	0	
*EDC septique	6	28	0,003
Caractéristiques cliniques à l'inclusion			
SOFA Moy $\pm$ ET	8,2 $\pm$ 3,1	12 $\pm$ 1,86	0,004
PAM Moy $\pm$ ET	68,6 $\pm$ 18	59,7 $\pm$ 13,7	0,18
FC Moy $\pm$ ET	104 $\pm$ 18,7	109,25 $\pm$ 30,5	0,6
P /F Moy $\pm$ ET	249,6 $\pm$ 108,5	179,07 $\pm$ 98,56	0,09
Caractéristiques biologiques à l'inclusion			
GB (*10 ³)	13,88 $\pm$ 7,99	15,89 $\pm$ 9,54	0,52
PNN (*10 ³)	11,85 $\pm$ 7,65	13,42 $\pm$ 9,03	0,6
LCT (10 ³)	1,23 $\pm$ 0,84	1,43 $\pm$ 1,61	0,63
NLR ratio	12,95 $\pm$ 11,5	17,21 $\pm$ 18,2	0,4
CRP (mg /L)	126,8 $\pm$ 74,3	209,1 $\pm$ 135	0.026
Lactate (mmol /L)	2,6 $\pm$ 0.96	3,5 $\pm$ 2,5	0,2

P 233 SCORE PRONOSTIQUE CLINICO-BIOLOGIQUE POUR LA MORTALITÉ INTRA- HOSPITALIÈRE PAR COVID-19

A.Bouabdallah : Service des maladies infectieuses Hôpital la Rabta.

M.Lamloumi : Service des maladies infectieuses Hôpital la Rabta.

H.Limam : Service des maladies infectieuses Hôpital la Rabta.

K.El Menif : Service des maladies infectieuses Hôpital la Rabta.

S.Aissa : Service des maladies infectieuses Hôpital la Rabta.

H.Harrabi : Service des maladies infectieuses Hôpital la Rabta.

B.Mahdi : Service des maladies infectieuses Hôpital la Rabta.

O.Smaoui : Service des maladies infectieuses Hôpital la Rabta.

A.Mbarek : Service des maladies infectieuses Hôpital la Rabta.

I.Beji : Service des maladies infectieuses Hôpital la Rabta.

A.Berriche : Service des maladies infectieuses Hôpital la Rabta.

L.Ammari : Service des maladies infectieuses Hôpital la Rabta.

R.Abdelmalek : Service des maladies infectieuses Hôpital la Rabta.

B.Kilani : Service des maladies infectieuses Hôpital la Rabta.

Introduction : La COVID-19 a pris le monde de court et a été la cause de plus de 600 000 000 infections et de plus de 6 000 000 décès dans le monde. Identifier les facteurs pronostiques liés à cette maladie dès l'admission du patient infecté pourrait améliorer son pronostic.

Objectif : Notre objectif était de créer un score pronostique utilisant des items cliniques et biologiques simples à la portée de tous, qui pourrait aider à évaluer le risque de mortalité intra-hospitalière.

Méthode : Nous avons mené une étude prospective dans un service de médecine. L'inclusion s'est faite sur une période de six mois. Nous avons inclus des patients hospitalisés pour COVID-19 confirmée par PCR et ayant consenti à faire partie de notre étude. Les patients ayant une forme critique d'emblée n'ont pas été inclus. Les patients ayant séjourné moins de 48 heures à notre service ont été exclus. Nous avons réalisé une analyse de survie et l'évènement d'intérêt était la mortalité intra-hospitalière. La courbe ROC a été utilisée pour définir l'aire sous la courbe et la valeur seuil ayant le meilleur couple sensibilité-spécificité.

Résultat : Nous avons inclus 384 patients, dont 54 sont décédés durant leur hospitalisation. Les paramètres suivants étaient significativement associés à la mortalité intra-hospitalière en analyse bivariée et ont été inclus à l'analyse de survie : l'âge ≥ 65 ans, l'hypertension artérielle connue ou de primodécouverte, l'anorexie, le délai d'hospitalisation ≤ 8 jours correspondant au délai entre le début des symptômes et la date de la première hospitalisation, les anomalies de la température englobant l'hyperthermie et la fièvre, la polypnée, les anomalies des leucocytes définies par la présence de leucopénie ou d'hyperleucocytose avant la prise de corticoïdes par voie systémique, la lymphopénie profonde $< 500 /\text{mm}^3$, l'insuffisance rénale aiguë ou chronique, une valeur initiale de la CRP $> 100 \text{ mg/l}$, et le débit initial en oxygène $> 10 \text{ l/min}$. L'analyse de survie de Cox a permis la création d'un score de 8 items et noté de 0 à 11 points. Le délai d'hospitalisation ≤ 8 jours, les anomalies de la température et le débit initial en oxygène $> 10 \text{ l/min}$ étaient chacun cotés à deux points. L'âge ≥ 65 ans, l'anorexie, la polypnée, les anomalies des globules blancs et la CRP $> 100 \text{ mg/l}$ étaient chacun notés un point. L'aire sous la courbe du score était 0,857. Elle était supérieure aux aires sous les courbes des scores SOFA (0,661), APACHE II (0,683), CURB-65 (0,660) et de l'index de comorbidités de Charlson (0,645). Un score > 5 avait une sensibilité de 79,6% et une spécificité de 76,7% pour la mortalité intra-hospitalière.

Conclusion : Notre score est un score clinico-biologique, simple d'utilisation, peu coûteux, et accessible dès l'admission du patient. Son intérêt réside dans l'évaluation du risque de mortalité intra-hospitalière avec une valeur seuil de 5.

Tableau : Score pronostique clinico-biologique pour la mortalité intra-hospitalière par COVID-19

	Non	Oui
Age $\geq$ 65 ans	0	1
Délai d'hospitalisation $\leq$ 8 jours	0	2
Anorexie	0	1
Anomalies de la température	0	2
Polypnée	0	1
Débit initial en oxygène $>$ 10 l/min	0	2
Anomalies des globules blancs	0	1
CRP $>$ 100 mg/l	0	1

Le délai d'hospitalisation correspond au délai entre la date du début des symptômes et la date de la première hospitalisation ; les anomalies de la température incluent l'hypothermie et la fièvre ; les anomalies des globules blancs incluent la leucopénie et l'hyperleucocytose avant la prise de corticoïdes par voie systémique.

P 234 FACTEURS PREDICTIFS D'ECHEC DU DRAINAGE DU PNEUMOTHORAX EN REANIMATION

A.Rebhi : Réanimation médicale Hôpital régional Kasserine.
A.Ben Khelifa : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
H.Nouira : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
S.Chtioui : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
H.Messoudi : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
R.Gharbi : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
M.Fekih Hassen : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
O.Jaoued : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
H.Ben Sik Ali : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
S.Elatrous : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.

Introduction : Le pneumothorax reste un motif d'hospitalisation assez fréquent dans les services de réanimation des hôpitaux régionaux. Plusieurs facteurs peuvent être prédictifs d'échec du drainage ont été retrouvés dans la littérature.

Objectif : Déterminer les facteurs indépendamment associés à l'échec du drainage du pneumothorax en réanimation.

Méthode : C'est une étude rétrospective analytique, réalisée au service de réanimation médicale de l'hôpital régional de Kasserine entre janvier 2020 et décembre 2022. Les patients hospitalisés pour prise en charge d'un pneumothorax étaient inclus. Les pneumothorax post-Covid et iatrogènes étaient exclus. Paramètres analysés : caractéristiques démographiques, antécédents, pneumothorax partiel ou total, données scanographiques, l'étiologie du pneumothorax (idiopathique ou traumatique), données gazométriques, le drainage thoracique et son issu, le recours à une pleurodèse ou à la chirurgie, la récurrence. Un seul épisode était inclus. L'échec était défini par la persistance d'un décollement thoracique après 5 jours de drainage.

Résultat : Durant la période de l'étude, 90 patients avec une médiane d'âge de 39 ans IQR [27.5-51.75] étaient inclus. On note une prédominance masculine (90%). La BPCO constitue la pathologie la plus fréquente (27%) des cas. Le recours à la ventilation mécanique était observé dans 18% des cas. Le pneumothorax était bilatéral dans 10% des cas et idiopathique dans 57% des cas. Le scanner a été réalisé dans 83% des cas. Il était pathologique dans 25% des cas (emphysème centro-lobulaire 57% et fibrose 7%). Le taux d'échec de drainage était de 26% avec recours à une chirurgie dans 16% des cas. La mortalité était de 16%. En analyse univariée, un pneumothorax idiopathique (79% contre 49%, $p=0,01$) et les lésions d'emphysème à la TDM thoraciques (35% contre 12%, $p=0,03$) étaient plus fréquents dans le groupe échec du drainage. La durée de séjour (7 ± 3 jours dans le groupe échec contre 7 ± 6 jours dans le groupe absence d'échec, $p=0,7$) et la mortalité (8% dans le groupe échec contre 17% dans le groupe absence d'échec, $p=0,2$) étaient comparables entre les deux groupes. En analyse multivariée aucun facteurs prédictifs d'échec

de drainage n'est retrouvé. On note une tendance d'augmentation de récurrence en cas de pneumothorax non traumatique avec $OR=2.95$ IC95% [0.87-10.015] $p=0.082$.

Conclusion : Le taux d'échec de drainage de pneumothorax reste élevé sans que ça soit lié à un facteur particulier. Le pneumothorax idiopathique semble plus pourvoyeur d'échec de drainage comparé au pneumothorax traumatique.

P 235 CONCORDANCE DES DIAGNOSTICS ENTRE REANIMATEUR ET URGENTISTE ET SON IMPACT SUR LE PRONOSTIC DES PATIENTS ADMIS EN REANIMATION

M.Hamdi : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
H.Nouira : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
M.Jrad : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
S.Chtioui : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
R.Gharbi : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
A.Rebhi : Réanimation médicale hôpital régionale kasserine.
M.Fekih Hassen : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
O.Jaoued : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
H.Ben Sik Ali : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
S.Elatrous : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.

Introduction : La majorité des patients hospitalisés en réanimation sont issus des urgences. Plusieurs facteurs peuvent être à l'origine d'erreurs de diagnostics comme la charge excessive du travail aux urgences. Ces erreurs peuvent être à l'origine d'une modification du pronostic des patients.

Objectif : Déterminer la concordance du diagnostic positif, de mécanisme et étiologique entre le réanimateur et l'urgentiste et l'impact des erreurs diagnostic sur la mortalité.

Méthode : il s'agissait d'une étude prospective et analytique. Tous les patients hospitalisés entre 2020 et 2022 et transférés des urgences étaient inclus. Tous les diagnostics sont retenus au staff après la concertation des médecins seniors du service. Les paramètres analysés étaient le diagnostic de la défaillance (état de choc, insuffisance respiratoire aiguë, et coma), le diagnostic de mécanisme et le diagnostic étiologique, la durée de séjour, la durée de ventilation mécanique et la mortalité. La concordance a été réalisée par un test kappa. L'impact des erreurs de diagnostic a été étudié seulement en cas d'erreur de diagnostic de l'une de défaillance viscérale.

Résultat : Au total 371 patients avec une médiane d'âge 60 ans IQR [40,68] ont été inclus. La majorité des patients avaient un état de santé antérieur classe A. il existe une bonne concordance dans le diagnostic de l'état de choc, l'insuffisance respiratoire aiguë et du coma, avec kappa =0,810 ; 0,911 et 0.986 respectivement. La concordance était moyenne dans le diagnostic de l'hypovolémie avec kappa à 0,539. Il existe une mauvaise concordance dans le diagnostic de mécanisme des dyslipémies et des hyponatrémies avec kappa à 0,293 et 0,317 respectivement. Quant aux étiologies de l'insuffisance respiratoire aiguë, il existe une concordance moyenne concernant le diagnostic de l'OAP (kappa=0,462). En analyse multivariée, le seul facteur indépendamment associé à la survenue d'une erreur de diagnostic de défaillance vitale était la présence d'un antécédant de cardiopathie OR 3,829 ; IC 95 % [1,361-10,774] $p=0,011$. L'erreur de diagnostic était responsable d'un allongement de durée de ventilation mécanique 4 jours [2-15] VS 0 jours [0-5] $p=0,001$. La durée de séjour était de 9 jours (IQR :5-18) dans le groupe erreur de diagnostic contre 7 jours [4-14] dans le groupe pas d'erreur de diagnostic ($p=0,057$). La mortalité était de 23% dans le groupe erreur de diagnostic contre 22% dans l'autre groupe ($p=0,5$). Les facteurs prédictifs de mortalité étaient l'âge du patient OR=1.022 ; IC 95 % [1.004-1.04], $p=0.015$ et la présence d'un accident vasculaire cérébral OR 2.781 IC 95% [1.037-7.457], $p=0.042$.

Conclusion : Dans la majorité des cas, il existe une bonne concordance diagnostic entre les réanimateurs et les urgentistes. Les erreurs de diagnostic sont responsables d'un allongement de la durée de la ventilation mécanique.

P 236 INSUFFISANCE CARDIAQUE AIGÜE EN PRÉHOSPITALIER : PERFORMANCE DIAGNOSTIQUE DES SCORES BREST ET PREDICA

I.Chermi¹ : Service des urgences et SMUR Hôpital régional de Ben Arous
R.Fadhel¹ : Service des urgences et SMUR Hôpital régional de Ben Arous
K.Amdouni¹ : Service des urgences et SMUR Hôpital régional de Ben Arous
S.Madhbouh² : Service des urgences et de réanimation Hôpital Habib Thameur
H.Touj² : Service des urgences et de réanimation Hôpital Habib Thameur
S.Keskes¹ : Service des urgences et SMUR Hôpital régional de Ben Arous
H.Ben Turkia¹ : Service des urgences et SMUR Hôpital régional de Ben Arous
H.Ghazali¹ : Service des urgences et SMUR Hôpital régional de Ben Arous
N.Falfoul² : Service des urgences et de réanimation Hôpital Habib Thameur
S.Souissi¹ : Service des urgences et SMUR Hôpital régional de Ben Arous

Introduction : Les scores de probabilité clinique d'insuffisance cardiaque aiguë (ICA) ont fait la preuve de leur intérêt dans les services des urgences et en cardiologie et peu d'études les ont validés en préhospitalier. Nous nous sommes intéressés aux scores BREST et PREDICA

Objectif : L'objectif de notre étude était d'étudier la performance diagnostique des scores BREST et PREDICA lors de la prise en charge d'une ICA en préhospitalier.

Méthode : Il s'agissait d'une étude prospective sur six mois. Les patients inclus étaient les adultes pris en charge en préhospitalier lors d'une intervention primaire dont le motif d'appel était une dyspnée aigue. Nous avons comparé deux groupes: patients avec ICA(ICA+) versus patients sans ICA(ICA-). Le diagnostic d'ICA a été confirmé lors de l'hospitalisation faisant suite au transport par le service mobile d'urgence et de réanimation sur des arguments cliniques, biologiques et échographiques. Les scores BREST et PREDICA ont été calculés pour tous les patients. Pour chaque score, nous avons calculé la performance diagnostique d'ICA par la méthode des courbes ROC(AUC), le calcul de l'indice de Youden et des rapports de vraisemblance

Résultat : Nous avons colligé 85 patients. L'âge moyen était 66±17 ans. Le genre-ratio était de 1,4. Le diagnostic d'ICA a été retenu chez 33 patients (39%) lors de l'hospitalisation faisant suite à l'intervention du SMUR. Les scénarii cliniques étaient répartis comme suit(%) : CS1 (27), CS2 (48), CS4 (18), CS1-CS4 (6). La valeur moyenne des scores BREST et PREDICA étaient respectivement 6±4 et 3±2. Les trois niveaux de probabilité d'ICA des scores BREST et PREDICA étaient respectivement : faible (40% et 34%), intermédiaire (35% et 46%), forte (25% et 20%). Un score BREST≤3 n'était pas en faveur du diagnostic d'ICA (OR ajusté 0,4 ; [0,1-0,9] ; p=0,05). L'analyse des courbes ROC a montré une bonne performance diagnostique des deux scores : BREST avec AUC=0,928 (p=0,029) et une valeur seuil égale à 12, PREDICA avec AUC=0,91 (p=0,03) et une valeur seuil égale à 5. Les caractéristiques statistiques des deux scores BREST et PREDICA étaient respectivement : sensibilité (61% et 55%), spécificité (96% et 94%), VPP (91% et 86%), VPN (79% et 77%), Indice de Youden (0,57 et 0,49). Les rapports de vraisemblance des scores BREST et PREDICA étaient respectivement : RVP à 16 et 9,45 et RVN à 0,41 et 0,48.

Conclusion : Le score BREST avait une meilleure performance diagnostique que le score PREDICA pour prédire une ICA devant une dyspnée aigue. Il pourrait permettre en pré-hospitalier un diagnostic spécifique et rapide en situation d'urgence moyennant un calcul simple.

P 237 DES SEJOURS EN REANIMATION SONT-ILS TOUJOURS JUSTIFIES ?

I.Bannour : Anesthésie réanimation EPS Mahdia.
Y.Jaafar : Anesthésie réanimation EPS Mahdia.
N.Boujday : Anesthésie réanimation EPS Mahdia.
M.Zayati : Anesthésie réanimation EPS Mahdia.
H.Attia : Anesthésie réanimation EPS Mahdia.
M.Oauz : Anesthésie réanimation EPS Mahdia.
K.Masmoudi : Anesthésie réanimation EPS Mahdia.
A.Majdoub : Anesthésie réanimation EPS Mahdia.

Introduction : Plus de 40% des admissions en unité de soins intensifs sont des malades pris en charge en post opératoire. Une admission imprévisible en réanimation dans les suites d'un acte chirurgical est un événement important considéré comme un effet indésirable qui menace la sécurité du patient.

Objectif : L'objectif de notre étude est de déterminer les caractéristiques de ces patients, les différents problèmes en cause et le pronostic des malades.

Méthode : Etude rétrospective incluant tous les admissions non planifiés en réanimation en post opératoire durant l'année 2022. Les caractéristiques démographiques des patients, différents variables en rapport avec l'acte chirurgical et l'anesthésie, les incidents per opératoires ont été recueillies et analysés par le logiciel SPSS 21.

Résultat : Durant l'année 2022, une vingtaine des admissions imprévisibles a été enregistrée. L'âge moyen était 53 ± 24 ans, sex ratio=0,8, 50% sont ASA ≥ 2 , 75% des actes ont été réalisés sous anesthésie générale, 40% ont été opérés pour une chirurgie orthopédique, 30% pour une chirurgie générale et seulement 3 patients ont été opérés en ORL. La durée moyenne de l'anesthésie était 146 ± 120 min et la durée de séjour en réanimation était 4 ± 5 jours, 5 patients soit 25% ont été admis pour surveillance post opératoire et non pas eu aucun traitement spécifique, 20% ont été admis pour état de choc hémorragique nécessitant le recours aux drogues vaso actives et à la transfusion des produits sanguins. Seulement deux cas ont été admis pour détresse respiratoire liée à un bronchospasme jugulé immédiatement, 3 patients ont été admis pour une tachycardie persistante, Deux patients ont été admis pour état de choc septique avec une évolution défavorable.

Conclusion : L'incidence des admissions à faible risque est comparable à la littérature ; ceci suggère une réflexion sur la nécessité des unités de soins intermédiaires intégrés soit au sein des unités de soins intensifs soit au sein des services chirurgicaux tout en assurant la possibilité d'intervention rapide et efficace en cas d'aggravation ultérieure.

P 238 READMISSION EN REANIMATION : INTERET DES SCORES DE GRAVITE

I.Bannour : Anesthésie réanimation EPS Mahdia.
Y.Jaafar : Anesthésie réanimation EPS Mahdia.
N.Bobakri : Anesthésie réanimation EPS Mahdia.
H.Hamouda : Anesthésie réanimation EPS Mahdia.
H.Attia : Anesthésie réanimation EPS Mahdia.
M.Oauz : Anesthésie réanimation EPS Mahdia.
A.Majdoub : Anesthésie réanimation EPS Mahdia.

Introduction : La réadmission des patients hospitalisés dans une unité de soins intensifs est un indicateur important de la qualité des soins.

Objectif : L'objectif de notre travail est de déterminer l'intérêt des scores de gravité couramment utilisés (APACHEII, IGSII, SOFA) et le score SWIFT à la décharge du patient de la réanimation.

Méthode : Etude rétrospective descriptive incluant tous les patients réadmis dans notre unité de soins intensifs entre le 1^{er} Janvier et le 31 Décembre 2022. Les caractéristiques démographiques, les scores de gravité en réanimation (APACHEII, IGSII, SOFA) le score SWIFT à la décharge du patient, les différentes causes de réadmission ainsi que l'évolution ont été analysés par logiciel SPSS 21.

Résultat : Durant l'année 2022, 398 patients ont été admis dans notre service, parmi lesquels 20 patients ont été réadmis au moins une fois soit une incidence de 5%. L'âge moyen était 62 ± 13 ans, sex ratio= 3,2, score APACHEII en moyenne= 21 ± 7 , IGS II= 41 ± 17 , SOFA= 7 ± 4 , SCORE SWIFT= 14 ± 9 . Le délai de réadmission était en moyenne de 14 ± 17 jours. Dans 75% des cas les patients ont été transférés des services chirurgicaux de notre établissement. Cinquante pour cents des patients ont été réadmis pour détresse respiratoire, 30% pour sepsis sévère et choc septique, un seul patient a été réadmis pour détresse neurologique, deux malades ont été réadmis pour prise en charge post opératoire d'un ulcère perforé et éviscération et un seul malade a été réadmis pour récurrence de son hémorragie digestive. 65% des malades ont nécessité la ventilation mécanique et l'antibiothérapie. La mortalité était élevée 65% et associée à un score de SWIFT > 15 , un délai de réadmission < 7 jours et une insuffisance rénale à la réadmission.

Conclusion : Bien que l'incidence de réadmission des patients en USI au cours du même séjour à l'hôpital soit inférieure à celle observée dans la littérature, elle est associée à une mortalité élevée suggérant une réflexion plus approfondie sur la décision de renvoyer les patients de réanimation

P 239 FACTEURS PRONOSTIQUES DES PERSONNES AGEES EN REANIMATION

H.Ben Ali : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte.
A.Hmaidi : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte.
J.Guissouma : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte.
I.Trabelsi : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte.
H.Allouche : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte.
FZ.Gamara : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte.
H.Brahmi : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte.
M.Samet : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte.
H.Ghadhoune : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte.

Introduction : La structure par âge des tunisiens a subi depuis les années 80 un changement considérable avec un vieillissement important de la population. Ceci a impliqué une demande accrue d'hospitalisation des sujets âgés (SA) en l'occurrence en réanimation.

Objectif : Le but de notre étude était de décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et évolutives des SA admis en réanimation afin d'en déduire les facteurs pronostiques.

Méthode : Il s'agissait d'une étude rétrospective (entre 2014 à 2022) incluant tous les SA admis en réanimation médicale dont l'âge est supérieur ou égal à 65 ans (Selon l'Organisation Mondiale de la Santé). L'analyse statistique était réalisée au moyen du logiciel SPSS 23.

Résultat : On a inclus 371 patients d'âge moyen de 73 ± 7 ans avec un genre-ratio 1,61. Les principales comorbidités étaient l'hypertension (53%), le diabète (40%) et l'insuffisance respiratoire chronique (IRC) (40%). Les principaux motifs d'admission étaient : exacerbation sévère BPCO (20%), pneumopathie hypoxémiante (17%), état de choc (EDC) (13%) et AVC (13%). Les caractéristiques cliniques et évolutives sont détaillées dans tableau1. En analyse univariée ; l'âge avancé ($p=0,004$), l'ATCD d'IRC ($p=0,046$), l'IGSII ($p < 10^{-3}$), l'APACHE II ($p=0,005$) et le recours à la ventilation mécanique constituaient les facteurs prédictifs de mortalité. Tandis qu'en analyse multivariée, l'ATCD d'IRC ($p=0,029$) et l'IGSII ($p=0,040$) étaient les deux facteurs pronostiques indépendants liés à la mortalité.

Conclusion : Le vieillissement de la population a abouti à une forte augmentation des demandes d'admissions en réanimation. Les comorbidités et la gravité du tableau clinique initial conditionnent le pronostic impliquant une prise en charge précoce et optimale.

Tableau 1 : Les caractéristiques cliniques et évolutives :

IGS II moyenne	49 ± 19
APACH II moyenne	22 ± 11
Détresse neurologique n(%)	63 (17)
Détresse hémodynamique n(%)	89 (24)
Détresse respiratoire n(%)	179 (48)
Recours à la Ventilation invasive (VI) n (%)	282(75)
Infection nosocomiale n (%)	42 (11)
Hémodialyse n (%)	128 (34)
EDC secondaire n (%)	143 (38)
Escarre n (%)	50 (13)
Trachéotomie n (%)	93 (25)
Durée séjour en jours médiane [min-max]	7 [1-80]
Décès n (%)	193 (52)

P 240 TRACHEOSTOMY IN CRITICALLY ILL PATIENTS, PRACTICES TIMING AND OUTCOMES

S. Bel Haj Youssef : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
D. Ben Braiek : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
K. Attia : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
I. Belhouichet : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
I. Sebri : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
Y. Ben Ali : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
A. Kacem : Pulmonology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
R. Ben Jazia : Pulmonology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
J. Ayachi : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

Introduction : Tracheostomy is a frequently used procedure within critically ill patients. It has many advantages such as patient comfort and shorter ICU and hospital stay. Evidence on the advantages attributed to the timing of this procedure is still debating.

Objectif : To describe state of tracheostomy practice and outcomes in a medical ICU, and to determine the impact of early tracheostomy on prognosis.

Méthode : A prospective study was carried out in a 9-beds medical ICU from January 2021 to August 2023. Were included all patients who required tracheostomy for prolonged ventilator support due to chronic coma or to facilitate weaning from the ventilator. All patients had programmed surgical tracheostomy. They were all performed bedside by ICU team or by a dedicated ear, nose and throat (ENT) surgeon in the operating room. Were collected patient's characteristics, timing of tracheostomy and outcomes. We compared two groups: Early tracheostomy (ET) (≤ 10 days) and late tracheostomy (LT) with regard to mortality, length of mechanical ventilation and secondary outcomes.

Résultat : A total of 32 patients were included within the study period: 18 male (56.25%) and 14 female (43.75%), with mean age of 51.5 ± 14.6 years. Mean IGSII, APACHE II and Charlson index was respectively 38.23 ± 14.27 , 17.48 ± 6.87 and 1.87 ± 1.91 . Seventeen patients (53.12%) were admitted with acute respiratory failure and 6 (18.8%) had COPD GOLD D. Twenty three patients (72%) received invasive mechanical ventilation as a first line ventilator support and 7 (21.8%) required vasopressors. Bedside surgical technique was used in 75%. The indication for tracheostomy was weaning difficulty in 19 patients (59.4%) and chronic coma in 11 patients (34.4%). The mean time from tracheal intubation to tracheostomy was 12.06 ± 4.74 days with mean ventilation duration of 12.47 ± 8.27 days. Post-operative complications occurred in three patients: barotrauma (n=2) and tracheal stenosis (n=1).

Tracheostomy tube was removed in 5 patients (15.6%) during ICU stay. Twenty two patients (68.8%) were discharged alive, among them 8 patients (25%) required home ventilation. Seven patients (22%) had full autonomy. Nine patients (28.1%) fed with gastric tube and three with gastrostomy. Ten patients (31.3%) died during their hospitalization. Twelve patients (37.5%) underwent ET and twenty (62.5%) underwent LT. Comparing the two groups, only the mortality rate was significantly higher in the group LT (1 (8.3%) vs 9 (45%), $p=0.03$). In multivariate analysis, no significant difference was found between the two groups.

Conclusion : Programmed tracheostomy whether performed surgically bedside or by an ENT surgeon was a safe procedure that provides many advantages. Our results are suggestive of the superiority of ET which was associated with a reduced mortality rate.

P 241 PERSONNES AGEES EN REANIMATION : COMPARAISON ENTRE DIFFERENTES CLASSES D'AGE

H. Ben Ali : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte.
A. Hmaidi : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte.
J. Guissouma : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte.
I. Trabelsi : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte.
H. Allouche : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte.
FZ. Gamara : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte.
H. Brahmi : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte.
M. Samet : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte.
H. Ghadhouna : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte.

Introduction : Le vieillissement général de la population a un impact sur le recrutement des services de réanimation. Il n'existe aucune recommandation pour l'admission en réanimation des sujets âgés (SA) ce qui se traduit par une très grande hétérogénéité des pratiques.

Objectif : Le but de notre étude était de comparer les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et évolutives de deux classes d'âge différentes parmi les SA admis en réanimation.

Méthode : Il s'agissait d'une étude rétrospective (entre 2014 à 2022) incluant les SA admis en réanimation médicale dont l'âge est supérieur ou égal à 65 ans (Selon l'Organisation Mondiale de la Santé). Nos patients étaient répartis en deux groupes : Groupe 1 : Age inférieur à 73 ans Groupe 2 : Age supérieur ou égale à 73 ans L'analyse statistique a été réalisée par le logiciel SPSS 23.

Résultat : On a inclus 371 patients d'âge moyen de 73 ± 7 ans avec un genre-ratio 1,61. Deux groupes de patients étaient identifiés en fonction de l'âge moyen : - 178 patients groupe 1 (48%) avec un genre-ratio 1.8 - 193 patients groupe 2 (52%) avec un genre-ratio 1.4 Les principales comorbidités dans les deux groupes étaient les maladies cardiovasculaires, le diabète et l'insuffisance respiratoire chronique. Cependant, les antécédents cardiovasculaires étaient significativement plus élevés dans le groupe 2 ($p=0.005$). Les principaux motifs d'admission étaient : exacerbation sévère BPCO (73 cas soit 20%), pneumopathie hypoxémiante (64 cas soit 17%), état de choc EDC (49 cas soit 13%) et AVC (49 cas soit 13%). La comparaison des caractéristiques cliniques et évolutives entre les deux groupes est détaillée dans tableau 1. La gravité du tableau clinique initiale, le recours à la VI et la survenue de complication étaient comparables dans les 2 groupes. Seul IGS II était significativement plus élevée chez les patients les plus âgés ($p=0,042$). Cependant, les patients du groupe 2 avaient présenté plus d'escarre ($p=0.04$) avec une durée de séjour plus longue ($p=0.02$) et une mortalité plus élevée ($p=0.02$).

Conclusion : L'âge supérieur à 73 ans dans notre étude était un facteur de morbidité, d'un séjour hospitalier plus long et d'une mortalité plus importante.

Tableau 1 : Répartition des groupes selon les caractéristiques cliniques et évolutives :

	Groupe 1 (n=178)	Groupe 2 (n=193)	p
IGS II moyenne	46 ± 18	52 ± 19	0,042
APACH II moyenne	21 ± 7	23 ± 13	0,129
Recours à la Ventilation invasive (VI) n (%)	134(75)	148(76)	0,980
Infection nosocomiale n (%)	20(11)	22(11)	0,510
Hémodialyse n (%)	53(29)	75(38)	0,237
EDC secondaire n (%)	69(38)	74(38)	0,104
Escarre n (%)	35(19)	65(33)	0,044
Trachéotomie n (%)	44 (25)	49 (25)	0,882
Durée séjour en jours moyenne	9 ± 7	15 ± 18	0,029
Décès n (%)	82(46)	111(57)	0,024

P 242 APPORT DE LA FIBROSCOPIE OESO-GASTRODUODÉNALE CHEZ LES BRÛLÉS

Mariam cheikhrouhou : Service de réanimation des grands brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous.

Hana Fredj : Service de réanimation des grands brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous.

Badis tlili : Service de réanimation des grands brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous.

Lilya debbiche : Service de réanimation des grands brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous.

Sarra ben zarrouk : Service de réanimation des grands brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous.

Bahija gasri : Service de réanimation des grands brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous.

Imen aljami : Service de réanimation des grands brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous.

Amel mokline : Service de réanimation des grands brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous.

Amen allah messadi : Service de réanimation des grands brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous.

Introduction : Chez les brûlés, les complications gastro-duodénales sont peu fréquentes et peu rapportées dans la littérature. La fibroscopie oeso-gastro-duodénale est d'un grand apport pour étayer le diagnostic d'hémorragie digestive d'où l'intérêt de notre étude.

Objectif : L'objectif de notre étude était de décrire les indications, les résultats et l'apport thérapeutique de cet examen chez le patient brûlé admis en réanimation.

Méthode : Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive monocentrique menée dans le service de réanimation des grands brûlés de Tunis sur une période de 6 ans (2016 à 2022). Tous les patients ayant bénéficié d'une FOGD ont inclus. Ont été exclus les patients ayant données manquantes et les patients de la réanimation polyvalente. Ont été recueillis les caractéristiques démographiques des patients, l'indication et les résultats de la FOGD et la conduite thérapeutique

Résultat : Durant la période de l'étude, 2781 patients ont été admis dont 152 étaient non brûlés, 74 ont eu une FOGD. L'âge moyen était de 36±18ans [10 ;90] avec un sexe-ratio de 2,2. Quatre patients étaient suivis pour ulcère gastro-duodénale. Ces patients avaient une étendue de brûlure médiane de 37 [5 ;90%] et des brûlures profondes avec un score UBS médian de 51 [5 ;205]. Ils s'agissaient de brûlures par flammes directes chez 61 patients (82,4%) et secondaires à un accident domestique dans 50% des cas (n=37). Les indications de la FOGD étaient : un saignement extériorisé (n=30 ; 40,5%), une anémie aigue (n=29 ;39,1%), des épigastalgies (n=13 ; 17,5%) et à la recherche de lésion caustique suite à une brûlure chimique (n=1 ; 1,35%). Le délai médian de sa réalisation était de 13 [3 ; 160] jours. Les résultats des FOGD sont représentés dans le tableau. Cinquante et un patients (68,9%) ont été mis sous IPP, un acte hémostatique par endoscopie était nécessaire chez 4 patients (5%) et par une chirurgie chez 4 patients (5%). Une perforation d'ulcère a été observée chez 5 cas (6,7%) La durée de séjour de ces patients était de 24 jours [1 ; 495] avec une mortalité hospitalière de 55,4% (n=41).

Conclusion : La FOGD garde une place importante chez les patients brûlés. Son indication principale reste l'hémorragie digestive qui est secondaire à un ulcère gastroduodénal dans la majorité des cas.

Tableau lésions identifiées à la FOGD chez les brûlés

Résultats FOGD	N (%)
Normale	10 (13%)
ulcère duodénal	n=29 (39%)
ulcère gastrique	n=15 (20%)
ulcère <u>oesophagien</u>	n=6 (8%)
gastrite congestive	n=9 (12%)
<u>bulbite</u> érosive	n=5 (7%)
candidose <u>oesophagienne</u>	n=2 (2,7%)

P 243 SELF-EVALUATION OF ULTRASOUND-GUIDED CENTRAL VENOUS CATHETERS SKILLS BY INTENSIVE CARE RESIDENTS

I. Maatouk : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
A. Maatouk : Department of preventive and community medicine University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
D. Abir : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
Sawsen ben abdallah : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
A. Yaacoub : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
W.Ben Maria : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
A.Ben massoud : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
W. Nouira : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
M. Lahmar : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
Z.Hammouda : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
F.Dachraoui : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
L. Besbes Ouanes : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.

Introduction : Improving the skills of residents in the practice of CCU following an assessment of their knowledge can lead to enhance diagnostic skills, guide various medical procedures, and improve patient care.

Objectif : The purpose of our survey was to evaluate the practice of ultrasound-guided central venous catheters among intensivists residents.

Méthode : This is a cross-sectional study conducted among intensivist residents exercising during the period from January to June 2021 in several ICUs in Tunisia. Residents were evaluated on their ultrasound-guided central venous catheters skills. Data were collected using a French language questionnaire distributed on the day of the selection of the residents' posts for the following training period (at the end of June 2021).

Résultat : Out of a total of 75 residents, 37 accepted to answer to the survey (Participation rate = 49 %). Specialities of all participants were intensive care medicine. The majority were female (66.4%). The mean age was 29 ± 12.36 years. Most of the ICU residents (86%) had never insert ultrasound-guided central venous catheters. Only 13.5% of them were used to insert Central venous catheters under ultrasound, and only 3% have dedicated training for this type of procedure. In our study, 62.2% of participants thought that ultrasound guidance reduces catheter insertion time, and 86.5 % of them considered that ultrasound guidance reduces the risk of mechanical complications. Almost a third (32%) of participants believed that ultrasound guidance increases the risk of catheter colonization. Almost 50% of residents thought that regular use of ultrasound guidance may lead to a loss of skills compared with the anatomical location method.

Conclusion : In critical care medicine, clinical practice necessitates many procedural skills such as guided placement of central venous catheters. It is an easy-to-learn technique and an irreplaceable tool.

P 244 PERCEPTIONS OF MEDICAL RESIDENTS ABOUT IMPROVING ULTRASOUND AND ECHOCARDIOGRAPHY TEACHING IN A SIMULATION CENTER

I. Maatouk : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
A. Maatouk : Department of preventive and community medicine University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
S. Ben abdallah : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
W.Ben Maria : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
S. Gnina : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
A. Yaacoub : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
D.Abir : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
A.Ben massoud : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
O. Saadaoui : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
W. Nouira : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
M. Lahmar firassmal4@gmail.Com : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
Z. Hammouda : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
B. Gafsi : Department of anesthesia intensive care University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
F. Dachraoui : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
L. Besbes Ouanes : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.

Introduction : Medical residents are doctors in the process of being educated and are particularly concerned by continuous training. Echocardiography is often used in medical practice. However, its practice is often limited by residents.

Objectif : We aimed to describe the perceptions of medical residents about improving ultrasound and echocardiography teaching.

Méthode : This is an interventional study conducted among medical residents at the Simulation Center of the Faculty of medicine in January 2022. Data were collected using a French language questionnaire. Participation was entirely voluntary.

Résultat : A total of 28 medical residents participated in our study. The majority were female (57.1%). The median age was 29 years (interquartile range: 28-31.75). Specialities of the participants were anesthesia-intensive care (85.7%), intensive care medicine (7.1%) and family medicine (7.1%). All participants (100%) thought that teaching ultrasound is a necessary part of the training of physicians in specialties that deal with cardiopulmonary emergencies. The majority (75%) strongly agreed that It would be necessary to include mandatory diploma training in echocardiography during the residency program. This training should be included during 1st year of residency (17.9% of participants), 2nd year of residency (32.1% of participants), 3rd year of residency (46.4% of participants), 4th year of residency (3.6% of participants). Concerning the usefulness of the different types of ultrasound education, lectures were indispensable according to 46.4%, and simulation sessions were indispensable according to 82.1%. Concerning ways of evaluating ultrasound knowledge, practical tests at the patient's bed was very appropriate according to 85.7%, and practical test on an ultrasound simulator was very appropriate according to 78.6%. Theoretical control, by clinical cases was very appropriate according only 35.7% of residents.

Conclusion : Our study has highlighted the importance of improving ultrasound and echocardiography teaching among medical residents. Other studies should be conducted to show the impact of such trainings on the practice of ultrasound by residents on patients

P 245 THEORETICAL EVALUATION OF MEDICAL RESIDENTS ABOUT ECHOCARDIOGRAPHY BEFORE AFTER MANNEQUIN-BASED ECHOCARDIOGRAPHY LEARNING

I. Maatouk : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.

A. Maatouk : Department of preventive and community medicine University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.

S. Ben abdallah : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.

S. Gnina : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.

A. Ben massoud : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.

O. Saadaoui : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.

A. Yaacoub : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.

W. Nouira : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.

M. Lahmar : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.

Z. Hammouda : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.

B. Gafsi : Department of anesthesia intensive care University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.

F. Dachraoui : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.

L. Besbes Ouanes : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.

Introduction : The clinical examination, coupled with a good interrogatory, constitutes the basis of an optimal diagnostic and therapeutic management. However, the limits of the physical examination remain important. The practice of echocardiography is often needed

Objectif : We aimed to evaluate the impact of simulation training on echocardiography learning on theoretical knowledge among medical residents

Méthode : This is an interventional study conducted among medical residents at the Simulation Center of the Faculty of Medicine in January 2022. Residents were evaluated on their theoretical and practical knowledge before and after training ("Pre-Test" and "Post- Test") on a simulation mannequin. Data were collected using a French language questionnaire. Participation was entirely voluntary.

Résultat : A total of 28 medical residents participated in our study. The majority were female (57.1%). The median age was 29 years (interquartile range: 28-31.75). Specialities of the participants were anesthesia-intensive care (85.7%), intensive care medicine (7.1%) and family medicine (7.1%). Respondents showed significant improvements in their scores after training on theoretical tests. Regarding clinical syndroms, there was an increase in the percentage of participants who knew that small and hyperkinetic ventricular cavities was among the ultrasound criteria for severe hypovolemia from 32.1% before training to 85.7% after training ($p < 10^{-3}$). The percentage of residents who knew that Diastolic collapse of the left cavities was among the ultrasound criteria of a tamponade increased from 42.9% before training to 85.7% after training ($p = 0.004$). Regarding images of theoretical echocardiographic images, the percentage of respondents who correctly identified the title of the parasternal small axis section rose from 53.6% before training to 100% after training ($p < 10^{-3}$). For the theoretical image of apical section of two cavities, its title, the legends of left atrium and left ventricle were identified in 21.4%, 21.4% and 14.3% before training with a significant improvement of these percentages to 89.5%, 85.7% and 78.6%, respectively ($p < 10^{-3}$).

Conclusion : Our study found an improvement of theoretical knowledge after simulation training on echocardiography learning among medical residents. Therefore, it is crucial to integrate such training into their curricula

P 246 COMPARISON OF ULTRASOUND-GUIDED PERCUTANEOUS TRACHEOSTOMY VERSUS FIBROSCOPY-GUIDED PERCUTANEOUS TRACHEOSTOMY IN THE ICU: EFFICACY AND COMPLICATIONS

I.Bannour : Anesthésie réanimation EPS Mahdia.
Y.Jaafar : Anesthésie réanimation EPS Mahdia.
N.Boujday : Anesthésie réanimation EPS Mahdia.
T.Souissi : Anesthésie réanimation EPS Mahdia.
H.Hamouda : Anesthésie réanimation EPS Mahdia.
M.Oauz : Anesthésie réanimation EPS Mahdia.
A.Majdoub : Anesthésie réanimation EPS Mahdia.

Introduction : Tracheostomy is proposed in cases of prolonged ventilatory support and acquired, potentially reversible neuromuscular pathology. Percutaneous tracheostomy (PCT) is the standard method for performing this procedure under fibroscopic control. Recently, ultrasound has emerged as an important tool for reducing complications of PCT.

Objectif : To compare the efficacy and incidence of complications following ultrasound-guided PCT versus fibroscopy-guided PCT in the ICU.

Méthode : This was a prospective, randomized study involving 25 mechanically ventilated ICU patients randomized into 2 groups, ultrasound and fibroscopy. The primary endpoint was the occurrence of immediate post-tracheostomy complications. Secondary endpoints were procedure duration and degree of difficulty (subjective assessment by the operator).

Résultat : The two groups were comparable in terms of demographic and clinical data. There was no significant difference between the 2 groups in terms of major complications: bleeding < 100 ml ($p = 0.76$), desaturation ($p = 0.51$), emphysema ($p = 0.77$) and pneumothorax ($p = 0.99$). Time to completion was comparable ($p=0.12$).

Conclusion : Ultrasound-guided PCT in the ICU is a safe technique, with no added risk of complications. It could be an effective alternative to fibroscopy-guided PCT.

P 247 PATHOLOGIES MÉDICALES EN SALLE D'ACCUEIL DES URGENCES VITALES : CARACTÉRISTIQUES ÉPIDÉMIOCLINIQUES, THÉRAPEUTIQUES ET ÉVOLUTIVES DES PATIENTS

Bahri Maroua : Service des urgences Hopital Mongi Slim _ la Marsa.
Demni Wiem : Service des urgences Hopital Mongi Slim _ la Marsa.
Bahria Wided : Service des urgences Hopital Mongi Slim _ la Marsa.
Hajji Roua : Service des urgences Hopital Mongi Slim _ la Marsa.
Sahnoun Ismail : Service des urgences Hopital Mongi Slim _ la Marsa.
Rebhi Mariem : Service des urgences Hopital Mongi Slim _ la Marsa.
Nouira Nourelhouda : Service des urgences Hopital Mongi Slim _ la Marsa.

Introduction : La salle d'accueil des urgences vitales(SAUV) est un lieu d'accueil au sein du service d'urgences des patients ayant une détresse vitale présente ou potentielle. Cette salle accueille des patients nécessitant une prise en charge rapide ainsi qu'une surveillance médicale permanente.

Objectif : L'objectif de notre travail était de déterminer les caractéristiques épidémiocliniques, thérapeutiques et évolutives des patients admis en SAUV pour pris en charge d'une pathologie médicale.

Méthode : Etude observationnelle, descriptive, prospective, s'étendant sur une période de un an. Inclusion de tous les patients admis en SAUV pour une pathologie médicale. Nous avons exclu les patients admis en SAUV pour prise en charge d'une urgence chirurgicale, notamment hémorragie digestive et pneumothorax. Avec recueil des caractéristiques épidémiocliniques, thérapeutiques et évolutives des patients.

Résultat : Nous avons inclus 464 patients. L'âge moyen était de 56 ± 19 ans [5-98]. Le sexe ratio (H/F) était de 1,86. Les principaux antécédents pathologiques des patients étaient (%) : le diabète (36,2%), l'hypertension artérielle (37,7%), l'insuffisance coronaire (12,1%) et la dyslipidémie (10,8%).les motifs d'admission en SAUV les plus fréquents étaient (%) : une détresse respiratoire (31%), une détresse hémodynamique (14,5%), une détresse neurologique (26,5%), des douleurs thoraciques (28,5%) et des douleurs abdominales (11%). Tous les patients avaient bénéficié de la mise

en place d'au moins une voie veineuse périphérique, avec mise en place d'une voie veineuse centrale dans 10,4% des cas et recours aux drogues vasoactives dans 20% des cas. l'oxygénothérapie (via masques ou lunettes nasales) a été instaurée chez 28,5% des patients, avec recours au support ventilatoire dans 15,1% des cas (CPAP (8%) et BPAP (7,1%)) et à l'intubation orotrachéale dans 10% des cas. Les principaux diagnostics retenus dans notre série étaient (%) : syndromes coronariens aigus (avec sus décalage de ST (12,3%) et sans sus décalage de ST (19%)), Œdème aigu des poumons (6,5%), états de choc (10%), Intoxications médicamenteuses (14,3%) et troubles métaboliques (4,8%). La mortalité aux urgences était de 22%. Après un conditionnement adéquat et prise en charge initiale, près de la moitié des patients ont été transférés vers les services dédiés pour complément de prise en charge : réanimation ou anesthésie réanimation (11,5%), autres services (40,8%).

Conclusion : La détermination des caractéristiques épidémiocliniques, thérapeutiques et évolutives des patients admis en SAUV semble nécessaire pour optimiser la prise en charge de ces patients, et ce dans le cadre d'une démarche de qualité de soins fournis.

P 248 MODIFIED EARLY WARNING SCORE (MEWS) A PROGNOSTIC TOOL IN PREDICTION OF PATIENT OUTCOMES IN ED

TRIFA F : Urgences Mahmoud El Matri.
KALLEL M : Urgence Mahmoud El Matri.
REZGUI E : Urgence Mahmoud El Matri.
BEN ABASSIA H : Urgence Mahmoud El Matri.
BEN AICHA F : Urgence Mahmoud El Matri.
ZAOUCHE K : Urgence Mahmoud El Matri.

Introduction : The Modified Early Warning Score (MEWS) is increasingly recognized as a valuable tool for assessing the clinical condition of hospitalized patients.

Objectif : This study aimed to investigate the value of MEWS as a prognostic score to predict patient's clinical deterioration and mortality

Méthode : A prospective study was conducted in Emergency Department during a period of 5 months. MEWS scores were calculated upon admission and subsequently tracked throughout the hospital stay. Patients were followed up until hospital discharge. Primary endpoint was in hospital mortality. The secondary endpoint was the occurrence of clinical deterioration: shock, DIC (disseminated intravascular coagulation), and the need for mechanical ventilation.

Résultat : We collected 312 patients, with an average age of $55,9 \pm 22,3$. 61,9% (n=193) were male. Most relevant medical histories were hypertension (n=133, 42,6%), diabetes (n=131, 41,9%), and cardiovascular diseases (40,06% ; n=125). The most common reason for consultation was neurological issues in 80 cases (2.64%), chest pain in 76 cases (24,4%) and dyspnea in 38 cases (12,2%). Mean MEWS scores at admission was $3,05 \pm 1,76$. During the hospitalization period, 16% patients experienced adverse outcomes: 50 (16%) were transferred to other departments, 20 (6,4%) were transferred to the intensive care unit (ICU) and 15 deaths (0.04%) were recorded. A statistically significant association was observed between higher MEWS scores at admission and an increased risk of clinical deterioration ($p=0.09$). However mews score wasn't associated with mortality.

Conclusion : The Modified Early Warning Score (MEWS) seems to be a good prognostic tool for clinical deterioration but not for mortality in emergency department.

P 249 PERTINENCE DU RAPID ACUTE PHYSIOLOGIC SCORE POUR PRÉDIRE LA MORTALITÉ CHEZ LES PATIENTS ADMIS À LA SALLE D'ACCUEIL DES URGENCES VITALES

Manel KALLEL : Service des urgences hôpital Mahmoud El Matri Ariana.
Houssem Ben Abassia : Service des urgences hôpital Mahmoud El Matri.
Emna Rezgui : Service des urgences hôpital Mahmoud el Matri Ariana.
Maaloul Sana : Service des urgences hôpital Mahmoud El Matri.
Fedia Haj Ali : Service des urgences hôpital Mahmoud El Matri.
Khedija Zaouche : Service des urgences hôpital Mahmoud el Matri Ariana.

Introduction : L'évaluation précoce du pronostic des patients admis en structures d'urgences (SU) est un objectif majeur du médecin urgentiste. De cette évaluation dépend la prise en charge et l'orientation. De nombreux scores de gravité ont été élaborés et validés: le Rapid Acute physiologic Score (RAPS) est parmi ces scores.

Objectif : L'objectif de ce travail était d'évaluer la valeur pronostique de RAPS dans la prédiction de la mortalité intra-hospitalière à 24 heures chez les patients admis en salle d'accueil des urgences vitales (SAUV).

Méthode : Il s'agissait d'une étude rétrospective, observationnelle, monocentrique, menée au sein d'un service des urgences d'un hôpital régional sur une période de 6 mois. Nous avons inclus tous les patients pris en charge en SAUV et nous avons calculé leur RAPS.

Résultat : Durant la période d'étude, Nous avons inclus 367 patients. L'âge moyen des patients était de 55 ± 20 avec sex-ratio à 1,75. Le taux de mortalité intra-hospitalière était de 6% ($n=21$). Le RAPS moyen chez les survivants était de $1,76 \pm 2$ contre $3,35 \pm 3$ chez les décédés ($p=0,005$). Un $RAPS > 6$ était associé significativement à l'admission en réanimation ($p=0,031$). En étude univariée, il a été prédictif de mortalité ($OR=3,421$, $IC95\%$ [$1,143 - 10,243$], $p=0,02$). Les caractéristiques de la courbe ROC du score RAPS pour prédire la mortalité : AUC :0,639, Spécificité :90%, Valeur prédictive positive : 12,82%, Valeur prédictive négative: 97,6%.

Conclusion : Le RAPS constitue un bon outil prédictif pour la mortalité intra-hospitalière à la 24^{ème} heure d'admission des patients en SAUV. D'autant plus qu'il est simple et facile à calculer.

P 250 RISK FACTORS FOR MAJOR ADVERSE CARDIOVASCULAR EVENTS IN TROPONIN-NEGATIVE CHEST PAIN

TRIFA F : Urgences Mahmoud El Matri.

REZGUI E : Urgence Mahmoud El Matri.

KALLEL M : Urgence Mahmoud El Matri.

BEN ABASSIA H : Urgence Mahmoud El Matri.

AMMAR B : Urgence Mahmoud El Matri.

ZAOUCHE K : Urgence Mahmoud El Matri.

Introduction : Cardiovascular disease is one of the leading causes of mortality in the world. It is associated with the number of risk factor such hypercholesteremia, diabetes, smoke, obesity and hypertension. None of them seems to be more predictive of major adverse cardiovascular event than another

Objectif : The aim of our study was to evaluate the different risk factors associated with the occurrence of MACE at D30 of discharge for patients consulting for angina chest pain and with negative troponin

Méthode : We conducted an observational retrospective study for 7 months, it included all patients presenting with chest pain diagnosed as anginal by the attending physician, testing negative for troponin, and subsequently discharged from the emergency department. After 30 days, we called all these patients via telephone to monitor any recurrence of chest pain. Patients with post- traumatic chest pain and those lost to follow-up were excluded.

Résultat : Fifty patients, with an average age of 51.9 ± 15.2 years and a majority of males (54%), presented at the emergency department. Medical histories were identified in 49.2% of the patients, with hypertension and diabetes being the most prevalent conditions, both at 34%, and dyslipidemia at 14%. Nineteen patients (38%) reported smoking. EKG was normal in 88% of cases ($n=44$), while 4% of cases ($n=2$) exhibited non-specific repolarization abnormalities, and 8% of cases ($n=8$) showed significant ST- segment depression. The occurrence of MACE was noted in 19 patients (38%) within 30 days of the emergency visit. Age was predictive of MACE during the first month after the emergency visit for chest pain ($p=0.003$). Patients with more than one medical history were associated with a higher risk of MACE at D30 ($p=0.026$). Dyslipidemia was particularly associated with MACE at D30 ($p=0.009$) unlike the other: hypertension ($p=0.137$), diabetes ($p=0.210$), and smoking ($p=0.771$)

Conclusion : the presence of a single cardiovascular risk factor increases the likelihood of MACE, particularly when it concerns dyslipidemia. Scheduling a rapid consultation by a cardiologist upon discharge from the emergency room is vital for patients treated for a coronary syndrome with negative troponins

P 251 BURNOUT EN MILIEU HOSPITALIER : LE PERSONNEL DES UNITES DE SOINS INTENSIFS EST-IL LE PLUS A RISQUE

S.Chebbi : Service de médecine du travail et des pathologies professionnelles Hôpital Taher Sfar Mahdia.
A.Kheder : Service de médecine du travail et des pathologies professionnelles Hôpital Taher Sfar Mahdia.
O.Jaoued : Service de réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
A.Omrane : Service de médecine du travail et des pathologies professionnelles Hôpital Taher Sfar Mahdia.
N.Belhadj : Service de médecine du travail et des pathologies professionnelles Hôpital Taher Sfar Mahdia.
A.Mahfoudh : Service de médecine du travail et des pathologies professionnelles Hôpital Taher Sfar Mahdia.
T.Khalfallah : Service de médecine du travail et des pathologies professionnelles Hôpital Taher Sfar Mahdia.

Introduction : Le burnout du personnel soignant (PS) continue à être un défi et impacte la sécurité des soins. Le PS des unités de soins intensifs, confronté à des patients souffrants ou en fin de vie, EST particulièrement concerné par ce fléau.

Objectif : Déterminer la prévalence de l'épuisement professionnel et les facteurs qui y sont associés chez les PS de l'hôpital universitaire de Mahdia.

Méthode : Il s'agit d'une étude transversale exhaustive conduite sur deux mois. L'étude a porté sur le PS de l'hôpital Taher Sfar ayant accepté de répondre au questionnaire auto-administré. Ce dernier incluait deux sections principales. La première comprenait les caractéristiques sociodémographiques, médicales et professionnelles. La deuxième section consistait en l'Inventaire de Burnout de Maslach - Enquête sur les services à la personne pour le personnel médical (ESS-MBI). Dans cette étude, les unités de soins intensifs comprenaient les services de réanimation médicale, d'anesthésie-réanimation et des urgences.

Résultat : Sur les 632 questionnaires distribués, 322 ont été retournés, soit un taux de réponse de 50,9 %. Parmi ceux-ci, 244 formulaires correctement remplis ont été inclus dans l'analyse. L'âge médian de la population étudiée était de 33 ans (IQR 28-41,3), avec une prédominance féminine (69 %). La catégorie professionnelle la plus représentée était celle des infirmiers et aides-soignants (49 %). Le tiers de la population étudiée était affecté aux unités de soins intensifs (33,2%). La médiane de l'expérience professionnelle dans le secteur de la santé était de 6 ans (IQR 2-14). Soixante-quatorze (30,3 %) PS répondaient aux critères de l'épuisement professionnel dans cette étude. La prévalence du burnout parmi le PS affecté dans les unités de soins intensifs était plus élevée à 39,5%. Le PS souffrant de burnout étaient plus jeunes que ceux qui en étaient indemnes (médiane (IQR) : 30 ans (26-36) vs. 34 ans (29-44), $p = 0,001$). Les symptômes de burnout étaient plus fréquents chez les PS dont l'horaire de travail comprenait des gardes de nuit (39,2 % contre 26,5 %, $p = 0,04$). Quarante-trois pour cent des PS ayant développé un burnout travaillaient dans des unités de soins intensifs, contre 28,8 % dans le groupe sans épuisement professionnel ($p = 0,02$). En analyse multivariée, le burnout était significativement associé à l'âge (OR : 0,961, 95% CI [0,92 ; 0,99], $p = 0,01$) et au fait de travailler dans les unités de soins intensifs (OR : 1,809, 95% CI [1,006 ; 3,25], $p = 0,04$).

Conclusion : Cette étude a montré que l'âge jeune et le travail dans les unités de soins intensifs étaient associés à une augmentation du risque de burnout chez le PS.

P 252 EVALUATION DU PRONOSTIC DES PATIENTS COVID POSITIF HOSPITALISÉS AU SERVICE DES URGENCES À L'AIDE DU SCORE APACHE II

HOUSSEM BEN ABASSIA : Service des urgences hôpital Mahmoud El Matri Ariana.
MANEL KALLEL : Service des urgences hôpital Mahmoud El Matri.
Emna Rezgui : Service des urgences Hôpital Mahmoud el Matri Ariana.
Fatma Trifa : Service des urgences hôpital Mahmoud El Matri.
Sonia AISSA : Service des urgences hôpital Mahmoud El Matri.
Khedija Zaouche : Service des urgences hôpital Mahmoud el Matri Ariana.

Introduction : La maladie Covid-19, responsable d'une pandémie, a causé des milliers de décès. Le score Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE II) est couramment utilisé pour évaluer la gravité de la maladie et la mortalité hospitalière dans les unités de soins intensifs

Objectif : Evaluer le pronostic et la mortalité des patients admis au service des urgences et diagnostiqués COVID+ en utilisant le score APACHE II.

Méthode : Une étude rétrospective menée sur une période de 02 mois dans un service d'urgence d'un hôpital régional. Nous avons inclus les patients admis pendant cette période aux urgences pour une pneumopathie à SARS-COV2 confirmé par un test rapide, une PCR ou à l'aide d'un scanner thoracique. Nous avons comparé les patients selon leurs évolutions clinique pendant l'hospitalisation en deux groupes et nous avons calculé le score APACHEII:

-Groupe 1 dont l'évolution était favorable (E+) - Groupe 2 dont l'évolution était défavorable (E-) incluant les patients décédés au service des urgences et ceux qui transférés vers les services de réanimation médicale.

Résultat : Cinquante-trois patients ont été inclus. L'Age moyen était de $60 \pm 14,7$ dans le G2 versus 52 ± 12 dans le G1 ($p=0,015$). Le genre-ratio était de 1,28 chez G2 et de 1,84 chez G1 ($p=0,04$). Les patients ayant au moins 02 comorbidités ont un pronostic plus grave ($p=0,02$). Pour les comorbidités l'HTA et l'insuffisance rénale chronique ont été corrélés à un pronostic plus grave respectivement ($p = 0,02$; $r = 0,42$ et $p = 0,01$; $r = 0,35$). La valeur moyenne de la SpO2 initial à l'air ambiant était de $81,8 \pm 6,1\%$ chez le G2 versus $89,4 \pm 4,5\%$ chez le G1 ($P \leq 0,001$). La CRP, la troponine et la kaliémie étaient plus élevés chez le avec une différence significative entre les deux groupes respectivement ($p=0,009$), ($p=0,02$) et ($p=0,02$). La PaO2 était significativement moins élevés chez les E (-) ($p=0,01$). Le degré d'atteinte scanographique était plus marquée chez le G1 avec une différence significative ($p=0,01$), une atteinte supérieur à 75% n'a été noté que chez le G1 avec un pourcentage de 45% des patients graves. Dans le G2, 16(30%) patients avaient un pronostic grave dont 5(9%) sont décédés et 11(21%) ont été transférés aux services de réanimation médicale. Dans le G2, 37(70%) patients avaient une évolution favorable dont 32(60,4%) ont été mis sortants à domicile, 3(6%) ont été transférés au service de pneumologie et 2(4%) ont été transférés vers une autre unité covid. Le score moyen APACHE II était significativement plus élevé chez le G1 que chez le G2 ($15,2 \pm 5,4$ versus $7,18 \pm 2,8$, $P \leq 0,001$). L'aire sous la courbe du score APACHE II était de 0,937 [0,874-1].

Conclusion : L'utilisation du score APACHEII aux urgences pourrait aider à prédire la gravité des patients atteints de pneumonie à SARS-CoV-2. D'autres études multicentriques sont nécessaires pour déterminer si l'application du score APACHE II chez les patients COVID-19 pourrait réduire la mortalité

P 253 NASOPHARYNGEAL CARE AND TRACHEAL SUCTION IN INTENSIVE CARE: IMPACT OF LEARNING BY SIMULATION

N.Boughazala : Anesthésie réanimation hôpital Charles Nicolle.

H.Ben Fredj : Anesthésie réanimation hôpital Charles Nicolle.

R.Boussassi : Anesthésie réanimation hôpital Charles Nicolle.

A.Hafyane : Anesthésie réanimation hôpital Charles Nicolle.

H.Necib : Anesthésie réanimation hôpital Charles Nicolle.

A.Jebri : Anesthésie réanimation hôpital Charles Nicolle.

Introduction : Ventilator associated pneumonia is the most frequent infection in intensive care unit. Naso-oro-pharyngeal care and tracheal aspiration are simple ways to prevent it. Teaching them to anesthesia students is crucial.

Objectif : To assess the impact of simulation-based learning on the skills of anesthesia and intensive care students concerning naso- oro-pharyngeal care and tracheal aspiration, as well as their integration within the healthcare team

Méthode : This was a prospective, descriptive, comparative and single-center study An assessment grid for students and a satisfaction questionnaire for healthcare team were used to collect data. It took place in the center of simulation of the hospital during 5 months.

General and specific skills of anesthesia students about naso-oro-pharyngeal care and tracheal aspiration were assessed before and after the training. Data were analyzed by SPSS software version 23 and compared with the T student's test. The significance level is set at 0.05.

Résultat : Twenty-seven students were included in this study. Two of them were excluded because they didn't get the training. The initial evaluation of students' practical skills showed a total average of 7.4 ± 1.37 , with a maximum score of 10.2/20 and a minimum score of 5.7/20. The evaluation at the end of the internship, showed a total average of 15.9 ± 1.36 , with a maximum score of 18.5/20 and a minimum score of 14/20. A significant increase was noticed in the total average of students after the training ($p= 0.001$) Assessing specific measures showed an increase in the average mark of both parts related to naso oro-pharyngeal care and tracheal aspiration from 1.5 ± 0.54 to 4.3 ± 0.53 and from 2.1 ± 0.53 to 4 ± 0.64 respectively. The most of the nursing staff were satisfied with the students trained through simulation. This type of learning had a good impact on students integration within the healthcare team. 63 % of nurses were moderately confident about the students' skills and 31% of them were completely confident.

Conclusion : Simulation of naso-oro-pharyngeal care practices and tracheal aspiration improves the practical skills of students and enhances their integration within the healthcare team

P 254 ÉVALUATION DE LA PRATIQUE DE L'ÉCHOGRAPHIE EN MILIEU DE RÉANIMATION

Y.Kharat : Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghuan.
F.Essafi : Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghuan.
N.Ben Slimene : Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghuan.
K.Ben Ismail : Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghuan.
I.Talik : Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghuan.
B.Ben Dhia : Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghuan.
T.Merhabene : Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghuan.

Introduction : La pratique de l'échographie est une compétence indispensable dans l'activité quotidienne d'un réanimateur. C'est un outil de diagnostic non invasif peu coûteux et disponible. Dans ce cadre, on se propose d'évaluer les modalités de pratique de l'échographie en milieu de réanimation.

Objectif : l'objectif de notre étude était d'évaluer les modalités de pratique de l'échographie en milieu de réanimation.

Méthode : Il s'agissait d'une étude qualitative longitudinale réalisée via un questionnaire diffusé auprès des médecins réanimateurs exerçant en Tunisie dans le secteur public ou privé. Les réponses étaient anonymes et les candidats étaient choisis d'une manière aléatoire. Il était composé de 18 items conçus spécialement pour l'étude.

Résultat : Soixante médecins réanimateurs ont été interrogés. Quatre-vingt-huit pourcents de la population étudiée était des résidents en réanimation médicale, 6% des assistants hospitalo-universitaires, 3% des maîtres de conférence agrégés et 3% des spécialistes. Ils exerçaient tous dans le secteur public : 75% dans un centre hospitalo-universitaire, 19% dans un hôpital régional et 3% dans un centre spécialisé. L'appareil d'échographie était disponible 24h/24h dans 63% des cas et uniquement la matinée dans 37% des cas. Dans 80% des cas les échographies étaient réalisées par les résidents avec une assistance par un médecin sénior. Tous les services pratiquaient l'échographie cardiaque transthoracique, 77% l'échographie pleuropulmonaire, 67% l'échographie diaphragmatique, 32% l'échographie transoesophagienne, 29% le doppler transcrânien, 26% l'échographie de nerf optique, 22% faisaient la FAST écho et l'échographie abdominale. Dans la population étudiée 78% des services utilisaient l'échographie pour les gestes de drainage, de ponction ou de mise en place de cathéters. Le rythme de pratique de l'échographie était estimé rare dans 38% des cas, un rythme de deux à trois fois par semaine dans 34% des cas et d'une façon journalière dans 28% des cas. Quarante-cinq candidats (74%) étaient autodidactes de formation et 15 (26%) ont eu un certificat d'études complémentaires ou ont bénéficié d'une formation certifiée.

Cinquante-cinq candidats (91%) ont montré leur intérêt vis-à-vis d'une optimisation de leur connaissance en échographie. Les candidats proposaient une stratégie de formation continue faite essentiellement par des ateliers pratiques et des formations certifiées.

Conclusion : Cette évaluation a permis de déceler certaines limites dans la pratique de l'échographie en milieu de réanimation tel que le rythme de la pratique et la disponibilité de l'échographe dans certains services. Il serait nécessaire d'encourager d'avantages l'exercice de l'échographie et d'assurer un cycle de formation continu.

P 255 COMPARING RAPID ACUTE PHYSIOLOGY SCORE AND RAPID EMERGENCY MEDICINE SCORE AS PREDICTORS OF MORTALITY

FATMA TRIFA : Service des urgences hôpital Mahmoud El Matri Ariana.
MANEL KALLEL : Service des urgences hôpital Mahmoud El Matri.
Emna Rezgui : Service des urgences Hôpital Mahmoud el Matri Ariana.
HOUSSEM BEN ABASSIA : Service des urgences hôpital Mahmoud El Matri.
Sonia AISSA : Service des urgences hôpital Mahmoud El Matri.
Khedija Zaouche : Service des urgences hôpital Mahmoud el Matri Ariana.

Introduction : In the fast-paced and critical environment of emergency medicine, the accurate assessment of a patient's condition is paramount for delivering timely and effective care. Two widely utilized tools in this context are the Rapid Emergency Medicine Score (REMS) and the Rapid Acute Physiology Score (RAPS)

Objectif : The aim of our study was to compare the two scores REMS and RAPS

Méthode : A retrospective analysis was conducted at Emergency Department between in 5 months. REMS and RAPS scores were calculated upon admission and subsequently tracked throughout the hospital stay. Clinical data, including age, comorbidities, vital signs, and laboratory results, were collected. Patients were followed up until hospital discharge or in-hospital mortality.

Résultat : We collected 363 patients, the mean age was 74,2 [65,99].36,2% (n=133) were women. The predominant antecedent was hypertension in 34,9 % (n=128), diabetes in 32,78% (n=119), dyslipidaemia 16,89% (n=62). The reason of consultation was chest pain 21.6% (n=79), dyspnea in 14,24% (n=52), abdominal pain 19% (n= 69), alteration of consciousness 11.2% (n=41), asthenia 7,6% (n=28) During the hospitalization period, 29,2% patients experienced adverse outcomes (n=106), including 21 deaths. The area under the curve of REMS and RAPS in predicting in-hospital mortality were calculated to be 0.790 (95% CI: 0.687-0.894) and 0. 639 (95% CI: 0.574-0.805), respectively (p<0.001). The optimum cut-off point in predicting outcome was found to be 6 for REMS model and 3 for RAPS model. The specificity of REMS and RAPS in the mentioned cut offs were 87.18 vs. 90.48., respectively, in predicting mortality. Calibration and overall performance of the two models were acceptable.

Conclusion : These scores are based solely on physiological parameters that are easy to calculate. It would also be useful to test other scores including age, comorbidities, and biological parameters.

P 256 LE SCORE CURB-65 APPLIQUÉ À LA PNEUMONIE COVID-19 : QUEL APPORT CHEZ LA POPULATION GRAVE ?

Manel KALLEL : Service des urgences hôpital Mahmoud El Matri Ariana.

Housseem Ben Abassia : Service des urgences hôpital Mahmoud El Matri.

Emna Rezgui : Service des urgences Hôpital Mahmoud el Matri Ariana.

Fatma Trifa : Service des urgences hôpital Mahmoud El Matri.

Boutheina Ammar : Service des urgences hôpital Mahmoud El Matri.

Khedija Zaouche : Service des urgences hopital Mahmoud el Matri Ariana.

Introduction : La pneumonie à SARS-CoV-2 est une pandémie qui a engendré une lourde mortalité. D'où l'intérêt des scores clinico- biologiques à prédire de cette mortalité.

Objectif : L'objectif de ce travail était de préciser l'apport du score CURB-65 dans la prédiction de la mortalité intra-hospitalière des pneumonies à SARS-CoV-2 admis aux urgences.

Méthode : Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive menée au service des urgences d'un hôpital régional sur une durée de deux mois, incluant tous les patients hospitalisés pour pneumopathie à SARS-CoV-2. Les données cliniques et paracliniques ont été recueillies. Nous avons calculé le score CURB 65 pour tous ces patients. La gravité a été définie par la survenue de décès ou un transfert au service de réanimation médicale.

Résultat : Nous avons inclus 53 patients. La moyenne d'âge était de 55± 13 ans et le genre-ratio de 1,65. L'HTA 20(38 %) et le diabète 17(32 %) étaient les comorbidités les plus fréquentes. Deux (4%) patients avaient une FR ≥ 30. La Moyenne de la SpO2 initial à l'air ambiant était de 87± 6 % et 40 (75%) patients avaient une SpO2≤90%. Seize patients (30%) avaient une fréquence cardiaque (FC) ≥ 100 Bpm. La pression artérielle systolique (PAS) moyenne était de 117± 15 mmHg. Treize (24%) patients avaient présenté une PAD ≤ 60 mmHg. Le score de Glasgow moyen était de 14± 0,5. Une élévation de l'urée > 7 mmol/L était notée chez 17(37 %) des patients. Onze patients (20 %) ont été transféré au service de réanimation médicale. Cinq patients étaient décédés (9,5%). Le degré d'atteinte scanographique était comme suit 10 patients avaient une atteinte <25%, 23 patients avaient une atteinte entre 25-50%, quinze malades une atteinte entre 50 et 75%et seulement 5 patients avaient une atteinte supérieure à 75%. L'étude de la sévérité de la pneumonie COVID-19 en fonction du score CURB-65 a montré que ce score était associé à la sévérité de la pneumonie à SARS-CoV- 2 (p = 0,015), ainsi qu'au risque de décès par cette maladie (p < 0,0001). Il existait une différence significative quant au transfert en milieu de réanimation (p=0,02). L'aire sous la courbe des patients graves a été estimée à 0,724[0,552-0,895] (p=0,02) quant à ceux décédés l'aire sous la courbe a été à 0,902[0,808-0,997] (p=0,008)

Conclusion : L'utilisation d'un score simple et facile à appliquer comme le score CURB-65 pourrait aider à prédire le risque de sévérité et de mortalité des patients atteints de pneumonie à SARS-CoV-2.

P 257 PRONOSTIC DE LA PNEUMONIE À SARS-COV2 ÉVALUÉ PAR LE RAPPORT PNN-LYMPHOCYTES

HOUSSEM BEN ABASSIA : Service des urgences hôpital Mahmoud El Matri Ariana.

MANEL KALLEL : Service des urgences hôpital Mahmoud El Matri.

Emna Rezgui : Service des urgences Hôpital Mahmoud el Matri Ariana.

Fatma Trifa : Service des urgences hôpital Mahmoud El Matri.

Faycel Ben Aycha : Service des urgences hôpital Mahmoud El Matri.

Khedija Zaouche : Service des urgences hôpital Mahmoud el Matri Ariana.

Introduction : Le rapport polynucléaire neutrophile–lymphocytes (RPNL) est un marqueur de l’inflammation impliqué dans le pronostic de certaines pathologies inflammatoires. Peu d’études se sont intéressées à son rôle dans la pneumonie à SARS-COV2 dans la population Tunisienne.

Objectif : L’objectif de notre travail était d’étudier l’association entre le RPNL et la sévérité et le pronostic de la pneumonie à SARS- COV-2.

Méthode : Il s’agissait d’une étude rétrospective incluant les patients hospitalisés dans un service d’urgence au sein d’un hôpital régional pour une pneumonie au SARS-COV2 sur deux mois de 26 juin 2021 jusqu’au 26 Aout 2021.

Résultat : Nous avons inclus 53 patients dont la moyenne d’âge était de 55 ± 13 ans avec une prédominance masculine (genre-ratio = 1,65). Le RPNL médian était de 6,61 [1,44–6,92]. Une numération de la formule sanguine a été notée chez 51 patients (96,2%). Le taux médian de globules blancs, de PNN et de lymphocytes était respectivement de (6840 [2740–22345], 5250 [1380–20310], 895 el/mm^3 [120–5820]). Le RPNL était plus élevé chez les malades graves avec une différence significative ($p=0,01$). Il était corrélé au degré d’atteinte scanographique ($p=0,01$; $r=0,37$). Il était inversement corrélé à la saturation pulsée en oxygène ($p=0,04$; $r=-0,3$). Nous n’avons pas trouvé de corrélation entre la fréquence respiratoire FR, la pao_2 et le RPNL. Le RPNL était corrélé à la pression artérielle systolique, la pression artérielle diastolique et la pression artérielle moyenne ($p=0,01$; $r=0,49$), ($p=0,03$; $r=0,31$), ($p=0,009$; $r=0,48$) respectivement. De même, le RPNL était associé à un taux plus élevé de mortalité ($p < 0,0001$).

Conclusion : Notre étude a pu démontrer la corrélation entre le RPNL et la gravité clinico-radiologique ainsi que le pronostic évolutif de la pneumonie à SARS-COV-2. Des études sur des échantillons plus larges et multicentriques sont toutefois nécessaires.

P 258 LES FACTEURS PREDICTIFS DE MORTALITE EN CHIRURGIE CARDIAQUE

S.Jerbi : Réanimation Polyvalente Hbib Bourguiba Sfax.

R.Ammar : Réanimation Polyvalente Hbib Bourguiba Sfax.

A.Dammak : Réanimation Polyvalente Hbib Bourguiba Sfax.

R.Boubtane : Réanimation Polyvalente Hbib Bourguiba Sfax.

S.Bradai : Réanimation Polyvalente Hbib Bourguiba Sfax.

C.BenHamida : Réanimation Polyvalente Hbib Bourguiba Sfax.

H.Chelli : Réanimation Polyvalente Hbib Bourguiba Sfax.

M.Bahloul : Réanimation Polyvalente Hbib Bourguiba Sfax.

K.Chtara : Réanimation Polyvalente Hbib Bourguiba Sfax.

M.Bouaziz : Réanimation Polyvalente Hbib Bourguiba Sfax.

Introduction : Comprendre les facteurs prédictifs qui influencent la mortalité après une chirurgie à cœur ouvert est essentiel pour optimiser les soins et améliorer les résultats cliniques.

Objectif : L’objectif de notre travail était de déterminer les facteurs prédictifs de mortalité chez les patients ayant subi une chirurgie à cœur ouvert.

Méthode : Nous avons collecté de façon rétrospective les données des patients hospitalisés au service de réanimation polyvalente dans les suites opératoire d’une chirurgie cardiaque durant l’année 2022.

Résultat : Durant la période d’étude nous avons inclus 39 patients. L’âge moyen était à 57,8 ans avec une prédominance masculine (59%). Les antécédents les plus fréquentes étaient l’HTA (64.1%), le diabète (53,8%), et la coronaropathie (51,3%). L’EuroSCORE était en moyenne à 5.15. Le taux de mortalité était à 20.5%. Les facteurs prédictifs de mortalité étaient : Le type de chirurgie notamment le remplacement valvulaire ($p=0,044$), le temps de CEC qui était plus long chez le groupe décédé ($p=0,012$), les troubles de la cinétique segmentaire à l’échographie cardiaque ($p=0,044$), le pH ($p=0,036$), la Base Excess ($p=0,041$) et la créatinine ($p=0,008$).

Conclusion : Pour améliorer la survie de nos patients, il faut agir sur ces facteurs en particulier l'amélioration de la fonction cardiaque préopératoire, l'optimisation de la fonction rénale et la correction des troubles acidobasiques ainsi que la réduction de la durée de CEC.

P 259 L'UTILITÉ DE STONE SCORE DANS LE DIAGNOSTIC DES LITHIASES RÉNALES AU COURS DES COLIQUES NÉPHRÉTIQUES VUES AUX URGENCES

LINA AOUADI : Service des urgences hôpital Mahmoud El Matri Ariana.

MANEL KALLEL : Service des urgences hôpital Mahmoud El Matri.

Hmaissi Rania : Service des urgences Hôpital Mahmoud el Matri Ariana.

Emna Rezgui : Service des urgences hôpital Mahmoud El Matri.

Fedia Haj Ali : Service des urgences hôpital Mahmoud El Matri.

Khedija Zaouche : Service des urgences hôpital Mahmoud el Matri Ariana.

Introduction : La colique néphrétique (CN) est un syndrome douloureux lombo-abdominal aigu qui présente un motif de consultation fréquent aux urgences. Plusieurs scores cliniques ont été élaborés pour diagnostiquer la lithiase rénale dont le score de STONE, validé initialement sur la population Américaine

Objectif : L'objectif principal de ce travail était d'étudier l'intérêt du score de STONE dans le diagnostic de lithiase rénale dans la population tunisienne

Méthode : Il s'agissait d'une étude monocentrique, prospective, descriptive et observationnelle qui a duré 8 mois, incluant les patients âgés de plus de 18 ans et chez qui le médecin aux urgences a suspecté une colique néphrétique. Nous n'avons pas inclus les patients ayant un antécédent de lithiase rénale étiquetée et ceux qui se sont présentés aux urgences pour colique néphrétique compliquée. Les patients chez qui le médecin n'a pas correctement rempli les données des items du score de STONE et les patients perdus de vue ont été exclus.

Résultat : Nous avons inclus 152 patients dont la moyenne d'âge était de 46 ± 15 ans et le genre-ratio était de 1,08. Le diagnostic d'une lithiase rénale a été retenu chez 79 des cas (52%). La sensibilité du score de STONE était de 82,3%, sa spécificité était de 71,2%. la valeur prédictive positive (VPP) de ce score était de 75,6% et la valeur prédictive négative (VPN) était de 78,8%. L'aire sous la courbe ROC pour le score de STONE est de 0,794 (IC à 95 % [0,721 à 0,866]). La fréquence du sexe masculin chez les patients présentant un calcul était significatif ($p = 0,006$). Le temps moyen entre le début de la douleur et le moment de l'admission aux urgences était significativement plus élevée chez ces patients ($p < 0,001$). La fréquence des nausées et des vomissements était significativement plus retrouvés ($p=0,002$ et $p=0,20$). La race ainsi que la présence de globules rouges dans l'analyse d'urine n'avaient pas d'association significative avec la présence de calcul. On a trouvé d'autres critères qui peuvent être ajoutés au score de stone dans notre population tels que le tabagisme ($p= 0,013$) et la rythmicité de la douleur ($p<0,0001$)

Conclusion : Le stone score s'est avéré un bon outil facile à calculer aux services des urgences surtout qu'il se basait sur des items purement anamnestiques et cliniques. Une étude multicentrique au sein de la population tunisienne serait utile dans cette perspective

P 260 DÉTERMINANTS DU PRONOSTIC CHEZ LES TRAUMATISÉS CRÂNIENS GRAVES

Djerbi Mouna : Urgences et SAMU 04 CHU HABIB BOURGUIBA SFAX.

GHARBI EMNA : Urgences et SAMU CHU HABIB BOURGUIBA SFAX.

TRIFA FATMA : Urgences et SAMU CHU HABIB BOURGUIBA SFAX.

SBOUI REFKA : Urgences et SAMU CHU HABIB BOURGUIBA SFAX.

CHAKROUN OLFA : Urgences et SAMU CHU HABIB BOURGUIBA SFAX.

Kammoun Leila : Urgences et SAMU 04 CHU HABIB BOURGUIBA SFAX.

Rekik noureddine : Urgences et SAMU 04 CHU HABIB BOURGUIBA SFAX.

Introduction : Les traumatismes crâniens graves (TC) représentent une cause majeure de décès et d'handicaps pour la population des adultes jeunes.

Objectif : Déterminer les indicateurs pronostiques des TCG à moyen terme (3mois)

Méthode : C'est une étude prospective menée sur une période de 17 mois (1 Aout 2020 à 31 décembre 2021) portant sur les traumatisés crâniens graves admis aux services des urgences de Sfax. C'est une étude analytique multi variée, les paramètres étudiés sont démographiques, clinique, para clinique thérapeutique et évolutif. Le pronostic neurologique à moyen terme est défini en 5 stades selon Glasgow outcome Scale

Résultat : Durant cette période, Nous avons colligés 84 patients, soit 9.79% des traumatisés adultes (N=858). La moyenne d'âge de nos patients était de 42.21 ans $\pm$ 18 ans et la majorité étaient âgés de 18 à 40 ans (55.95 %), avec une prédominance du sexe masculin (sexe ratio : 9.52). Le traumatisme crânien a été isolé dans 33.3% des cas. La durée de séjour à l'hôpital était en moyenne de 8,8 $\pm$ 12,4 jours. Durant l'hospitalisation, nous avons colligé 33 décès soit une mortalité hospitalière de 39,3 %. Pour les patients survivants: 7 (8.3%) ont développé un état végétatif, 6 (7.1%) ont développé un handicap sévère physique ou neurologique à un mois et 8 (9.5%) ont développé un handicap modéré à un mois. Le pronostic neurologique était défavorable pour 54,8% (n=46) des patients. Les facteurs corrélés à la mortalité étaient: l'âge supérieur à 65 ans (p=0.001), le score de Glasgow initial inférieur à 8 (p = 0.003), le traumatisme abdominal associé (p=0.004) et le recours aux catécholamines (p=0.007). Les facteurs corrélés au pronostic neurologique à moyen terme étaient: l'âge (p=0,02), l'agitation initiale (p=0,02), la présence de lésions axonales diffuses (p<10-3), la présence de lésions spléniques (p<10-3) et l'indication chirurgicale (p=0,04).

Conclusion : Nos résultats ont dégagé les facteurs de morbi-mortalité lors d'un traumatisme crânien graves, et les lourdes séquelles neurologiques qui s'y associent.

P 261 RÔLE DU KINÉSITHÉRAPEUTE DANS LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT TRACHÉOTOMISÉ ET DE SA FAMILLE

H.Fitouri : Réanimation Abderrahmen Mami.
B.Rzouga : Réanimation Abderrahmen Mami.
N.BenMrad : Réanimation Abderrahmen Mami.
F.Jarraya : Réanimation Abderrahmen Mami.
E.Rachdi : Réanimation Abderrahmen Mami.
S.Ayed : Réanimation Abderrahmen Mami.
A.Jamoussi : Réanimation Abderrahmen Mami.
J.BEN KHELIL : Réanimation Abderrahmen Mami.

Introduction : Le recours à la trachéotomie en réanimation est fréquent chez les patients dont le sevrage ventilatoire est difficile. Le kinésithérapeute est impliqué dans la prise en charge de ces patients et de leurs familles sur plusieurs volets afin de réussir le retour à domicile.

Cas clinique : Il s'agissait d'une femme âgée de 56 ans, aux antécédents de bronchopneumopathie obstructive chronique au stade d'insuffisance respiratoire chronique, sous oxygénothérapie et ventilation non invasive à domicile. Elle a été admise pour une insuffisance respiratoire hypercapnique nécessitant le recours à la ventilation mécanique invasive. Devant l'échec de sevrage, elle est trachéotomisée à j32 de prise en charge avec une décision de recourir à la ventilation mécanique invasive à domicile. Durant la prise en charge de la patiente, le kinésithérapeute est intervenu à plusieurs niveaux dès l'intubation orotrachéale jusqu'au jour de la sortie : - Prévention des escarres : choix des pansements de prévention et changement de position -Prise en charge respiratoire : aspiration, entraînement du diaphragme et choix de l'aspirateur de mucosité -Evaluation motrice par le score MRC avec une amélioration du score MRC de 39 à 48. -Aider le médecin à choisir la canule définitive. -Tester la déglutition. -Il a pris en charge la famille de la patiente en leur apprenant : • Les règles de l'hygiène. • La technique de l'aspiration (stérile, rapide et efficace). • Le nettoyage de la canule interne. • La surveillance de la patiente notamment lors de l'aspiration. • Les gestes réflexes devant une situation d'urgence (bouchon muqueux) • Le lever et la mobilisation de la patiente.

Conclusion : La prescription d'une ventilation mécanique invasive à domicile est une décision difficile mais parfois indispensable. Le kinésithérapeute joue un rôle primordial en facilitant cette thérapeutique aussi bien pour le patient et sa famille que pour le médecin.

P 262 PARTICULARITÉS DES MARQUEURS BIOLOGIQUES ASSOCIÉS À UNE URGENCE CHIRURGICALE CHEZ LES PATIENTS CONSULTANTS POUR UNE DOULEUR ABDOMINALE AIGUE AUX URGENCES.

Manel Kallel : Urgence Mahmoud El Matri.
Saad Alafghani : Urgence Mahmoud El Matri.
Mehdi hakim houman : Urgence Mahmoud El Matri.
Rezgui Emna : Urgence Mahmoud El Matri.
Sana Sallemi : Urgence Mahmoud El Matri.
Sofiene Gzara : Urgence Mahmoud El Matri.
Zaouche Khadija : Urgence Mahmoud El Matri.

Introduction : La douleur abdominale pose souvent un problème diagnostique car elle relève de pathologies diverses aussi bien médicales que chirurgicales. Afin de distinguer les urgences abdominales nécessitant une hospitalisation en chirurgie en se basant sur des éléments cliniques et paracliniques évocateurs.

Objectif : L'objectif est d'étudier les éléments prédictifs associés à une urgence chirurgicale permettant d'orienter les explorations et guider le triage des patients aux urgences.

Méthode : Étude rétrospective descriptive comparative monocentrique conduite sur une période de 6 mois au niveau d'une structure d'urgence polyvalente d'un hôpital régional. Nous avons inclus des patients âgés de 14 ans et plus consultant aux urgences pour une douleur abdominale aiguë. Nous n'avons pas inclus les femmes enceintes et ceux consultants pour une douleur thoracique associée à la douleur abdominale et les douleurs post-traumatique.

Résultat : Nous avons colligé une cohorte de 328 patients. La moyenne d'âge est de 46ans ± 12 , le sexe ratio est de 0,6. les ATCDs prédominants retrouvés étaient ; le diabète 12%, HTA à 20% et la Maladie ulcéreuse à 6%. Les signes associés les plus fréquents étaient répartis entre 33% vomissement, 13% fièvre, 9% AMG et 9% diarrhée. La douleur était de type déchirure à 50%, brûlure à 26% avec une échelle numérique de la douleur estimée sévère à 53%. Le siège de la douleur est Epigastrique à 26%, 17,3% HCD, diffuse à 18,3% et 16,3% FID et 3,7% FIG. des douleurs abdominales recueillies se sont avérées être des urgences chirurgicales dans 47%, les diagnostics retenus étaient ; 12% Appendicite, 10% cholécystite, ulcère perforé 6%, pancréatite 5% et 6% OIA. À la suite de l'étude univariée, les paramètres biologiques associés à une urgence chirurgicale PNN= 9065 $\pm$ 380 vs 6884 $\pm$ 500(p=0,001), lymphocyte 1404 $\pm$ 88 vs 1941 $\pm$ 144 (p=0,002) le rapport PNN/LC 8,7 $\pm$ 1 vs 4,48 $\pm$ 0,6(p=0,015) lipasémie 227 $\pm$ 3 vs 34 $\pm$ 2 (p=0,06), La CRP 52 $\pm$ 5 vs 32 $\pm$ 5(p=0,046) En étude multivariée, les facteurs retrouvés : Lipase $\geq$ 100 [OR ajusté 2,555, IC95% (2,44 – 57,744) p=0,001], rapport PNN/L [OR ajusté 0,546, IC95% (1,011 – 2,949) p=0,045] Discussion : Les paramètres prédictifs d'une urgence chirurgicale sont la défense à la palpation et des lipases $>$ 100 retrouvés aussi dans l'étude de Bréchet H et al : défense [OR 5,7 IC95%(2,5-11,4) ; p=4,5.10-6], lipase $>$ 3*N [OR 29,3 IC95% (7,8-110) ; p=3,6.10-6] et l'étude Abbas S et al : Défense(p=9.10-4) parmi d'autres facteurs tel un syndrome inflammatoire biologique ; une CRP $>$ 6 dans l'étude de Bréchet [OR 2,8, IC95%(1,9-4,2) ; p=3,2.10-6] et l'étude de Dimitrios V et al [OR 6,24 IC95%(2,16-18,03) ; p<0,001]. Comparativement à notre étude qui a mis en évidence le rapport PNN/Lt.

Conclusion : L'approche d'une douleur abdominale est intriquée aux urgences, l'enjeu est de faciliter l'identification des urgences chirurgicales grâce à des critères clinico-biologiques et éventuellement établir un score de triage permettant de faciliter la démarche diagnostique.

P 263 ARE YOUNGER PATIENTS AND TRAUMATIC BRAIN INJURY PROGNOSTIC FACTORS FOR EARLY-PHASE MORTALITY IN PATIENTS DEFINED AS POLYTRAUMA ?

Wided bahria lasghar : Service des urgences Monji Slim.
Marwa bahri : Service des urgences Monji SLIM.
Intissar Boussaid : Service des urgences Monji SLIM.
Wiem demni : Service des urgences Monji SLIM.
Khayri jemai : Service des urgences Monji SLIM.
Nour elhouda Nouira : Service des urgences Monji SLIM.

Introduction : The polytraumatized patients are common at the Emergency departement especially for younger patients. The body scan showed a higher frequency of brain injury in the most cases.

Objectif : Identify if younger patients and traumatic brain injury were prognostic factors influencing the early-phase mortality of polytraumatized patients at the Emergency Departement (ED).

Méthode : A Retrospective analysis for polytraumatized patients treated at a trauma center between January 2021 and December 2022. Patients were classified as severe polytraumatized patients according to the diagnostic criteria from the New Berlin Definition. Patients aged less than 50 years old were defined as younger and the traumatic brain injury were defined as the lesion at the bodyscan. The endpoint was the intrahospital mortality taken from the hospital register.

Résultat : We included 223 patients. The median age was 37 years old with a sex ratio of 6.3. Patients aged less than 50 years were 167 patients (77%). 62 (37%) Patients had traumatic brain injury, 58 (30%) patients had thoracic trauma and 37 (17%) had abdominal trauma. The mortality at the ED was shown in 47 patients (23%). The presence of traumatic brain injury (TBI) was not associated with mortality with $p=1,98$. However, the age less than 50 years had a significant influence on the early-phase mortality in polytraumatized patients with an OR = 5,822, $p= 0,012$ and CI95%[0,017-0,013].

Conclusion : Our results suggest that age less than 50 years is an important risk factor for the early phase mortality of polytraumatized patients. It may be explained by the severity of trauma for this age group.

P 264 APPORT DE L'ÉCHOGRAPHIE DANS LE DIAGNOSTIC DES ÉTATS DE CHOC CHEZ LES TRAUMATISÉS GRAVES AUX URGENCES.

Hana Kessentini : Service des urgences et SAMU04 hopital Habib Borguiba Sfax.

Karray Rim : Service des urgences et SAMU04 hopital Habib Borguiba Sfax.

Drira Hanen : Service des urgences et SAMU04 hopital Habib Borguiba Sfax.

Zouari alaeddine : Service des urgences et SAMU04 hopital Habib Borguiba Sfax.

Kamoun leila : Service des urgences et SAMU04 hopital Habib Borguiba Sfax.

Chakroun olfa : Service des urgences et SAMU04 hopital Habib Borguiba Sfax.

Chaari adel : Service des urgences et SAMU04 hopital Habib Borguiba Sfax.

Rekik Nouredine : Service des urgences et SAMU04 hopital Habib Borguiba Sfax.

Introduction : Les traumatisés graves constituent un motif fréquent d'admission aux urgences, la prise en charge adéquate et immédiate conditionne le pronostic des malades. L'état de choc chez un polytraumatisé peut avoir plusieurs origine: hémorragique, obstructif, neurogène ou cardiogénique

Objectif : d'où l'intérêt d'étudier l'apport de l'échographie dans la prise en charge initiale des patients polytraumatisés

Méthode : Il s'agit d'une étude prospective, observationnelle, mono centrique, descriptive déroulée aux urgences sur une période de 2 ans (juillet 2020-juillet 2022). Nous avons inclus les patients polytraumatisés admis pour état de choc ou ayant développé un état de choc lors de leurs hospitalisations aux urgences

Résultat : Nous avons colligé 33 patients, avec une prédominance masculine, un sexe ratio à 3.12. une moyenne d'âge de 45,5 + 17.8 et des extrêmes allant de 16 à 82. Vingt et un (63.63%) de nos patients ont été acheminé par Service d'Aides Médicale D'urgence (SAMU), 5 patients (15.15%) par la protection civil, 3(9%) par ambulance type B et 4 patients(12.12%) par leur propre moyens. En évaluant les score de gravité clinique à l'admission, on a trouvé un un shock index > 0.9 chez 17 patients(54.5%) et un stade NEWS grave chez 27 patients (87.09%), modéré chez 1 seul patient et bas chez 5 patients (15.2%) Une E-FAST échographie a été fait chez 31 patients traumatisés revenant normal chez 17 patients (51.5%), montrant un épanchement hépato rénal($n=5$;15.2%), un épanchement spléno rénale chez 3 patients (9.1%), un épanchement du Douglas chez 4 patients (12.1%), un épanchement péricardique chez 2 patients (6.1%), un épanchement pleural gazeux chez 4 patients (12.1%) et liquidien chez 1 patient. Dix huit patients (54,54%) ont été d'emblé admis en EDC. un saignement extériorisé a été noté chez 16 de ses patients (88%). Le type de choc présumé à l'admission été hypovolémique dans 11 cas (61.11%), cardiogénique dans 2 cas(11.1%), neurogène dans 3 cas(16.6%) et obstructif dans 2 cas. Pour le reste des patients, ils ont développé une état de choc lors de leur séjour avec une prédominance du choc hypovolémique (53.3%) cardiogénique et neurogène (20%) et septique chez un seul patient.

Conclusion : L'état de choc hémorragique est le type de choc le plus fréquemment rapporté chez les patients polytraumatisé à la phase initiale. cependant les autres types de choc restent possibles d'où l'intérêt de La FAST ECHO dans la prise en charge

P 265 TRISS AND ISS SCORES AS PREDICTIVE MORTALITY DETERMINANTS IN TUNISIAN VICTIMS OF TERRORISM

Houcine HORCHANI : Department of Anesthesiology and Intensive Care Military Hospital of Tunis.
Aïcha REBAI : Department of Anesthesiology and Intensive Care Military Hospital of Tunis.
Sana BOUGHARIOU : Department of Anesthesiology and Intensive Care Military Hospital of Tunis.
Khadija BAHRI : Research Unit UR17DN05 Military Hospital of Tunis.
Imen NAAS : Department of Anesthesiology and Intensive Care Military Hospital of Tunis.
Walid SAMOUD : Department of Anesthesiology and Intensive Care Military Hospital of Tunis.
Zied HAJJEJ : Department of Anesthesiology and Intensive Care Military Hospital of Tunis.
Maha Shimi : Department of Legal Medicine Military Hospital of Tunis.
Mohamed ZAKRAOUI : Department of Anesthesiology and Intensive Care Military Hospital of Tunis.
Walid SELLAMI : Department of Anesthesiology and Intensive Care Military Hospital of Tunis.
Iheb LABBENE : Department of Anesthesiology and Intensive Care Military Hospital of Tunis.
Hédi GHARSALLAH : Department of Anesthesiology and Intensive Care Military Hospital of Tunis.
Hazem FOURATI : Department of Anesthesiology and Intensive Care Military Hospital of Tunis.
Mustapha FERJANI : Department of Anesthesiology and Intensive Care Military Hospital of Tunis.
Chihebeddine ROMDHANI : Department of Anesthesiology and Intensive Care Military Hospital of Tunis.

Introduction : In the current study, we aimed to assess the Injury severity score (ISS) and Trauma injury severity score (TRISS) in Tunisian military combatants injured during the terrorism attack.

Méthode : 153 victims of terrorism admitted to the military hospital of Tunis between January 2012 and January 2017 were included.

Among them, 107 survived and 46 died (43 victims died at the terrorist attack scene and 3 died in hospital). ISS and TRISS were then calculated by two professors in anesthesia-resuscitation. Therefore, Altman and Bland curve was used to evaluate the agreement level between expert opinions.

Résultat : Forty-six victims (30%) died (43 at the scene and 3 in hospital). We found 79 blast injuries (51.6%), 65 bullet injuries (42.5%), and 2 (1.3%) with bladed weapon. Then, ISS and TRISS scores were assessed by two experts in intensive care unit. Using Bland and Altman curve, we detected a strong agreement between the two experts. In addition, deceased patients have high level of ISS and TRISS scores as compared to discharged victims ($p < 0.001$). To predict mortality, we found a high sensitivity and specificity (more than 90%) prior to J28 of hospital stay for ISS as well as for TRISS score.

Conclusion : The ISS and TRISS scores can be used for prognostic evaluation to predict mortality in terrorism victims.

P 266 VOIE VEINEUSE CENTRALE ECHOGUIDEE

Zouari A : Service de médecine d'urgence CHU Charles nicolle, Tunis, Tunisie.
Othmani S : Service de médecine d'urgence CHU charles nicolle, Tunis, Tunisie.
Hedhli H : Service de médecine d'urgence CHU charles nicolle, Tunis, Tunisie.
Zouari H : Service de médecine d'urgence CHU charles nicolle, Tunis, Tunisie.
Zoubli A : Service de médecine d'urgence CHU charles nicolle, Tunis, Tunisie.
Jouini S : Service de médecine d'urgence CHU charles nicolle, Tunis, Tunisie.

Introduction : La mise en place des cathéters veineux centraux peut se compliquer d'échecs ou de complications entraînant une morbidité élevée. Ceci peut être réduit par l'emploi de l'échographie.

Objectif : Le but de notre travail est de déceler l'apport de l'échographie dans la mise de la voie veineuse centrale

Méthode : Il s'agissait d'une étude prospective réalisée durant une période de trois mois allant de Mars 2022 jusqu'au Mai 2022. Cette étude incluait les patients bénéficiant de la pose d'un cathéter jugulaire échoguidée. Tous les patients étaient sédatisés et ventilés au moment de la mise du cathéter. Aucun patient n'a été drainé au moment de la pose. La mise en place du cathéter était réalisée par des résidents en médecine d'urgence. La durée de mise était calculée à partir de la ponction de la peau par l'aiguille et l'ablation de cette dernière. Les patients présentant un trouble majeure de l'hémostase ou une contre indication à la mise d'un cathéter jugulaire étaient exclus.

Résultat : Notre travail incluait 23 patients dont 17 hommes et 6 femmes avec un sex ratio de 17/6. L'âge moyen de nos patients était de 52 ans avec des extrêmes allant de 14 ans à 76 ans. A l'examen clinique, quatre patients étaient en état de choc avec recours aux catécholamines. Six patients étaient en détresse respiratoire. Deux patients présentaient des signes d'insuffisance cardiaque droite. Le dosage du lactate montrait une lactatémie moyenne de 5,4 mmol.L. La mise en place du cathéter était réalisée par un résident en première année dans douze cas et en troisième année dans onze cas. La durée moyenne de mise en place était de 110 secondes avec des extrêmes allant de 20 secondes à 10 minutes. Treize patients subissaient une seule ponction, six patients deux ponctions et deux

patients plus que trois ponctions respectivement ; soit 82% des patients ayant eu une ou deux ponction avec succès. Un échec de mise en place était rencontré chez deux patients. Les complications immédiates étaient rencontrées chez cinq patients dont tous présentaient une ponction artérielle. Aucun cas de pneumothorax ni de complications ultérieures n'était déclaré. Conclusion : La mise en place échoguidée des cathéters veineux centraux permet de réduire significativement les complications liées au cathétérisme central conformément à la littérature.

P 267 PROGNOSTIC VALUE OF PLATELET LYMPHOCYTE RATIO (PLR), NEUTROPHIL LYMPHOCYTE RATIO (NLR) AND BLOOD CELL

D.Ben Braiek : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

R.Hidri : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

N.Boukadida : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

S.Bel Haj Youssef : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

Y.Ben Ali : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

H.Sfar : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

A.Kacem : Pulmonology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

R.Ben Jazia : Pulmonology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

J.Ayachi : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

Introduction : Patients with COPD often suffer from exacerbations which can lead to acute respiratory failure and often to death. In low resource settings, quick and cheap investigations that are able in predicting mortality in patients with AECOPD are extremely useful.

Objectif : To investigate the relation ship of PLR, NLR and RDW with in-ICU mortality in patients with AECOPD and to compare their performance in predicting mortality.

Méthode : A retrospective analytical study was performed from October 2021 to June 2023 in a 9-bed ICU of a university hospital including patients admitted consecutively for AECOPD. Data collected patients' were demographics, clinical, paraclinical, therapeutic and ICU stay course characteristics. Hematological parameters: Platelet Lymphocyte Ratio (PLR), Neutrophil Lymphocyte Ratio (NLR) and Blood Cell RDW normal range was between 11% and 16% in our laboratory. The normal range of NLR and PLR varies from 1 to 3 and 90 to 210, respectively. Univariate and multivariate analysis were used to compare the performance of the novel biomarkers in predicting in ICU mortality.

Résultat : Seventy-five (78,1%) patients were hospitalized for AECOPD among a total of 96 patients admitted with acute hypercapnic respiratory failure. Mean age was 66 ± 9.5 years. They had predominantly COPD group E, 49 (72.1%) and mMRC score at III and IV, 45 (66.2%). Median Charlson index was 3 [3-5]. Eleven (14,7%) patients had a prior hospitalization in ICU for AECOPD. On admission, 29 (38.7%) patients had Anthonisen type 1 exacerbation and 11 (14.7%) had fever. Median SAPSII score was 24 [19-30]. Median NLR and PLR were respectively $9.25 [5.08-15.9]$ and $196.23 [97.8-332.5]$. Mean RDW was $16 \pm 1.9\%$. Median leukocytes and CRP were respectively $11240 [8300-15250]/mm^3$ and $37.3 [10-91] mg/l$. Antibiotics were prescribed for 64 (85.3%) patients at the time of ICU admission. Seventeen patients (22.7%) required invasive mechanical ventilation. Median ICU stay was 7 [4-10] days. The mortality rate was 13 (17,3%). Univariate analysis showed that, among novel biomarkers, NLR was a predictive factor of mortality ($11.57 [9.83-27.6]$ vs $8.17 [4.25-16.22]$; $p=0.041$). No significant association between mortality and RDW (15.7 ± 2.2 vs 16.2 ± 1.8 ; $p=0.127$) nor PLR ($199.92 [96.68-332.95]$ vs $162.50 [96.60-352.59]$; $p=0.737$) in AECOPD were found. On multivariate analysis, biomarker independently associated with mortality was NLR (OR, 1.05; 95% CI, [1.002-1.099]; $p=0.039$).

Conclusion : In this study, NLR was associated with mortality in AECOPD. Physicians could provide personalized care for each patients based on biomarker levels.

P 268 APPORT DE LA FAST ECHOGRAPHIE CHEZ LES POLYTRAUMATISES PEDIATRIQUES

Zouari A : Service de médecine d'urgence et SAMU 04 CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie.

Karray R : Service de médecine d'urgence et SAMU 04 CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie.

Issaoui F : Service de médecine d'urgence et SAMU 04 CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie.

Kammoun L : Service de médecine d'urgence et SAMU 04 CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie.

Chaari A : Service de médecine d'urgence et SAMU 04 CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie.

Chakroun O : Service de médecine d'urgence et SAMU 04 CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie.

Rekik N : Service de médecine d'urgence et SAMU 04 CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie.

Introduction : La prise en charge des polytraumatisés à la salle d'urgence a nettement évolué ces dernières années notamment par l'introduction de la FAST échographie comme outil afin de dépister un éventuel épanchement intra

abdominal. Selon la littérature la sensibilité de la FAST échographie chez la population pédiatrique est inférieure à celle chez l'adulte posant ainsi un problème sur l'apport de la FAST échographie.

Objectif : Dans cette étude, nous nous sommes intéressés à évaluer la sensibilité et la spécificité de la FAST échographie par rapport au GOLD STANDARD qui est la Tomodensitométrie chez les polytraumatisés pédiatriques (TDM).

Méthode : Il s'agissait d'une étude prospective menée sur une période de un an allant du 1^{er} août 2020 au 30 juillet 2021. Les critères d'inclusion étaient les polytraumatisés dont l'âge est inférieur à 16 ans, admis dans notre service durant cette période et chez lesquels une FAST échographie et une TDM étaient réalisées.

Résultat : Le nombre total des polytraumatisés admis dans notre service durant cette période était de 470 patients. La population pédiatrique incluse comptait 37 patients soit 7,8%. L'âge moyen était de 9,11 ans avec des extrêmes allant de 6 ans à 14 ans. Il s'agissait de 15 filles et 22 garçons avec un sexe-ratio de 2/3. vingt patients étaient originaires de Sfax ville. Le moyen d'arrivée le plus fréquent était la protection civile, observé dans 28 cas. Il s'agissait d'un accident de la voie publique dans trente cas dont le mécanisme le plus fréquent était une éjection. A l'examen clinique à l'admission, un seul patient était en arrêt cardiorespiratoire. Le schok index moyen était 0,9. Le score de Glasgow moyen était de 13,6. La FAST échographie était anormale dans 8 cas en détectant 8 cas d'épanchement péritonéal. Alors que la TDM en détectait 13 cas. Dans notre série nous avons retrouvé 25 vrais négatifs, 8 vrais positifs et 4 faux négatifs. La valeur prédictive globale ou précision, qui correspond au pourcentage de patients bien classés, était de 89,1%. La VPP, VPN, sensibilité et spécificité de la détection du liquide intra péritonéal était de 100%, 86,2%, 66,6% et 100% respectivement.

Conclusion : Nos résultats rejoignent ceux rapportés dans la littérature et concluaient que la FAST échographie permet d'améliorer et d'orienter la prise en charge des polytraumatisés.

P 269 APPORT DE LA FAST/E-FAST ECHOGRAPHIE, REALISEE A LA SALLE D'URGENCE, CHEZ LES POLYTRAUMATISES

Zouari A : Service de médecine d'urgence et SAMU 04 CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie.

Karray R : Service de médecine d'urgence et SAMU 04 CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie.

Issaoui F : Service de médecine d'urgence et SAMU 04 CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie.

Kammoun L : Service de médecine d'urgence et SAMU 04 CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie.

Chaari A : Service de médecine d'urgence et SAMU 04 CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie.

Chakroun O : Service de médecine d'urgence et SAMU 04 CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie.

Rekik N : Service de médecine d'urgence et SAMU 04 CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie.

Introduction : La FAST/ E-FAST échographie réalisée par des médecins urgentistes est associée à de bonnes performances diagnostiques et peut être utilisée pour le triage des polytraumatisés. Cependant la sensibilité et la spécificité sont variables selon les études.

Objectif : Dans notre étude, nous nous sommes intéressés à évaluer la sensibilité et la spécificité de la FAST/E-FAST échographie par rapport au GOLD STANDARD qui est la Tomodensitométrie (TDM).

Méthode : Il s'agissait d'une étude prospective menée sur une période de un an allant du 1^{er} août 2020 au 30 juillet 2021. Les critères d'inclusion étaient les polytraumatisés admis dans notre service durant cette période et chez lesquels une FAST/E-FAST échographie et une TDM étaient réalisées.

Résultat : Notre étude incluait 170 patients. L'âge moyen de nos patients était de 34,12 ans avec des extrêmes allant de 3 ans à 81 ans. La population pédiatrique (<16 ans) était représentée par 37 patients soit 21,7%. Une prédominance masculine était observée dans notre série avec un sexe ratio de 3,85 (79,41% versus 20,58%). La cause du polytraumatisme la plus fréquente dans notre série était un accident de la voie publique, retrouvée dans 126 cas (soit 74,11%). Dans notre série, le transport était médicalisé chez 40 patients (23,52%). La FAST/E-FAST échographie était anormale chez 42 patients (24,7%) parmi un total de 170 examens. Un épanchement intra abdominal était noté chez vingt-sept patients. Un épanchement dans le cul de sac de Douglas était la lésion la plus fréquemment retrouvé, dans 21 cas (12,35%), suivi par un PNO observé dans 17 cas (12%). La FAST échographie détectait 27 cas d'épanchement péritonéal. Alors que la TDM en détectait 39 cas. La VPP, VPN, sensibilité et spécificité de la détection du liquide intra péritonéal était de 81,4%, 88,1%, 56,4% et 96,1% respectivement. La FAST échographie détectait deux cas d'épanchement péricardique. La TDM en détectait un seul cas. La VPP, VPN, sensibilité et spécificité de la détection du liquide péricardique était de 50 %, 100 %, 100 % et 99,4% respectivement. La présence d'un PNO était notée chez 17 patients par l'E-FAST échographie. La TDM détectait 40 pneumothorax. La VPP, VPN, sensibilité et spécificité de la détection du PNO était de 88,2 %, 80,9 %, 37,5 % et 98,1% respectivement. Un hémothorax était noté chez treize patients dans l'E-FAST échographie. La TDM en détectait vingt et un cas. La VPP, VPN, sensibilité et spécificité de la détection de l'hémothorax était de 92,3 %, 93,3 %, 57 % et 99,2% respectivement.

Conclusion : Nos résultats rejoignent ceux rapportés dans la littérature et concluaient que la FAST/E-FAST échographie constitue un bon apport diagnostique pour les traumatismes thoraciques, abdominaux et thoraco-abdominaux et peut être intégré dans l'évaluation de routine des patients polytraumatisés.

P 270 LES TRAUMATISÉS CRÂNIENS GRAVES EN RÉANIMATION : FACTEURS ASSOCIÉS À LA MORTALITÉ

Ben Dhia.B : Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghouan.
N.Ben slimene : Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghouan.
Y.Kharat : Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghouan.
K.Ben Ismail : Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghouan.
I.Talik : Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghouan.
NZ.Jaafar : Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghouan.
F.Essafi : Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghouan.

Introduction : Les traumatismes crâniens représentent un motif fréquent de consultation aux urgences. La prise en charge du traumatisme crânien cérébral (TCC) grave est fondée sur la réanimation précoce et l'identification des facteurs pronostiques afin d'éviter les séquelles neurologiques permanentes.

Objectif : L'objectif de notre étude était d'identifier les facteurs associés à la mortalité chez les patients admis en réanimation pour prise en charge de traumatisme crânien grave.

Méthode : Il s'agissait d'une étude rétrospective, observationnelle monocentrique, menée au service de réanimation médicale à l'hôpital régional de Zaghouan, sur une période de 56 mois du 1^{er} Janvier 2019 jusqu'au 31 Août 2023. Ont été inclus tous les patients admis pour prise en charge d'un traumatisme crânien grave. Ont été recueillies les données cliniques, thérapeutiques et évolutives des patients. Les facteurs associés à la mortalité ont été recherchés.

Résultat : Ont été inclus 97 patients dont 84 (86%) étaient victimes d'accident de la voie publique. Le transport sanitaire était assuré chez 12%. L'âge moyen était de 40±17ans avec une prédominance masculine (89%). La médiane du score de Glasgow était de 9[6- 14]. Les pupilles étaient en position intermédiaires réflexives chez 50% des patients, en myosis chez 13%, en mydriase bilatérale chez 26% et en anisocorie chez 11%. Tous les patients ont bénéficié d'un scanner cérébral à H 2±1. Les principales lésions identifiées étaient : des contusions cérébrales chez 66%, une hémorragie méningée chez 54%, un œdème cérébral chez 35%, un hématome sous-dural (HSD) chez 34%, un hématome extra-dural chez 17%, une embarrure chez 17% et des fractures de massif facial chez 15%. Un traumatisme thoracique et/ou abdominal étaient associés respectivement chez 70% et 37% des patients. La survenue d'insuffisance rénale aiguë initiale était de 27%. L'osmothérapie et l'acide tranexamique ont été administrés respectivement chez 57% et 37% des patients. L'intubation était nécessaire chez 65 patients (67%). Un sevrage long et difficile était observé dans 24% des cas. La trachéotomie était nécessaire chez 12% des cas. Les infections associées aux soins étaient de 33% dont 28% des pneumopathies acquises sous ventilation mécanique, 12% des infections urinaires et 10% des bactériémies. La mortalité globale était de 42%. L'analyse multivariée a montré comme facteurs indépendants de mortalité l'association à un traumatisme thoracique (ORa=85,9 ; IC95% [4,048- 1826] ; p=0,004), l'œdème cérébral (ORa=21,5 ; IC95% [1,725-26,94] ; p=0,017), l'HSD (ORa=66,3 ; IC95% [2,96-1483] ; p=0,008), l'insuffisance rénale aiguë à l'admission (OR=73,2 ; IC95% [3,449-1554] ; p=0,006), le recours à l'intubation (ORa=74 ; IC95% [4,48- 1226,4] ; p=0,003) et la survenue d'infections associées aux soins (OR=23.5 ; IC95% [1,37-403,6] ; p=0,029).

Conclusion : Les facteurs associés à la mortalité chez les traumatisés crâniens graves retenus étaient l'association à un traumatisme thoracique, l'œdème cérébral, l'hématome sous-dural, l'insuffisance rénale aiguë, le recours à l'intubation et la survenue d'infections associées aux soins.

P 271 COMPARAISON DES SCORES HEAR, HEART, EDACS CHEZ LES PATIENTS AYANT UNE DOULEUR THORACIQUE AIGÜE AUX URGENCES

Sana Sallemi : Service des urgences hôpital Mahmoud El Matri Ariana.
MANEL KALLEL : Service des urgences hôpital Mahmoud El Matri.
Saad Afghani : Service des urgences Hôpital Mahmoud el Matri Ariana.
Emna Rezgui : Service des urgences hôpital Mahmoud El Matri.
Boutheina Ammar : Service des urgences hôpital Mahmoud El Matri.
Khedija Zaouche : Service des urgences hôpital Mahmoud el Matri Ariana.

Introduction : Le HEAR, HEART score (Histoire, électrocardiogramme, âge, facteurs de risque et troponines) et le score Emergency Department Assessment of Chest Pain Score (EDACS) peuvent identifier les patients présentant un syndrome coronarien aigu probable à faible risque d'événements cardiaques majeurs indésirables (MACE).

Objectif : L'objectif de notre étude était de comparer ces 3 scores à prédire la survenue de MACE après 30 jours de leur consultation.

Méthode : Nous avons mené une étude prospective, descriptive, monocentrique et comparative durant une période de 9 mois au niveau d'une structure d'urgence polyvalente d'un hôpital régional. Nous avons inclus les patients âgés de plus de 18 ans, ayant comme motif principal de consultation une douleur thoracique non traumatique. Nous avons calculé les scores HEAR, HEART et EDACS pour ces patients et nous les avons comparé. Nous avons contacté les patients après 30 jours de leur consultation et nous avons noté la survenue des MACE.

Résultat : Nous avons colligé 287 patients. L'âge moyen était de 53 ± 17 ans. On a noté une prédominance masculine avec un genre-ratio à 0,84. Les facteurs de risque cardiovasculaire (FRCV) étaient présents chez 205 (71%) des patients dont 59 (21%) avaient plus de 3 FRCV. Soixante-trois patients (22%) étaient tabagiques. Les comorbidités étaient l'hypertension artérielle chez 86 patients (30%), le diabète chez 65 patients (23%), la dyslipidémie chez 28 patients (10%), la sédentarité chez 54 patients (19%), la coronaropathie chez 26 patients (9%) dont 16 (6%) étaient stentés et 24 patients (8%) avaient un syndrome métabolique. La douleur thoracique était typique d'une origine coronarienne chez 26 patients (9%). La moyenne de l'échelle numérique de la douleur était de 5 ± 3 . La moyenne était respectivement pour les scores HEAR, HEART et EDACS : $2,82 \pm 2$, $4,01 \pm 2$ et $11,14 \pm 6$. Le score moyen HEAR était significativement plus élevé chez les patients ayant fait un MACE à j30 ($5,14 \pm 1,2$ versus $2,29 \pm 1,7$) ($p < 0,001$). Le score moyen HEART était significativement plus élevé chez les patients ayant fait un MACE à j30 ($6,17 \pm 1,6$ versus $3,13 \pm 2$) ($p < 0,001$). Le score moyen EDACS était significativement plus élevé chez les patients ayant fait un MACE à j30 ($15,86 \pm 5,8$ versus $9,91 \pm 5,4$) ($p = 0,005$). L'aire sous la courbe du score HEAR était 0,881 [0,799-0,964] ($p = 0,002$). L'aire sous la courbe du score HEART était 0,873 [0,785-0,961] ($p = 0,002$). L'aire sous la courbe du score EDACS était 0,694 [0,471-0,918] ($p = 0,109$).

Conclusion : L'utilisation des scores HEAR et HEART serait meilleure que l'utilisation du score EDACS pour prévenir la survenue de MACE. Toutefois, une étude multicentrique serait nécessaire.

P 272 PRACTICES AND IMPACT OF THERAPEUTIC PLASMA EXCHANGE (TPE) IN A MEDICAL INTENSIVE CARE UNIT (MICU): A 20-YEAR RETROSPECTIVE COHORT ANALYSIS

Emna Ennouri : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Maha Araoud : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Safa Fathallah : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Naima Habbachi : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Asma Rekik : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Khaoula Meddeb : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Radhouane Toumi : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Mohamed Boussarsar : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Introduction : TPE has seen a noticeable rise in recent decades. Despite its strong theoretical foundation and feasibility as a treatment for various diseases linked to severe illness, there has been limited research into its application within MICU setting.

Objectif : To describe the practices and the impact of TPE in a MICU.

Méthode : This is a monocentric descriptive retrospective cohort analysis, conducted in the MICU of the University Hospital of Farhat Hached, Sousse, Tunisia over a 20-year period, from 2003 to 2023, including all consecutive patients who underwent TPE sessions. Collected data included demographic parameters, clinical presentation and diagnosis at admission, indications of TPE, and outcomes.

Résultat : Forty-seven patients were enrolled. The median age was 39.6 ± 15 (16-70) years. Female, 28 (60%), sex ratio, 0.67. Two-hundred-sixty-six TPE sessions were performed (184 (69%), filtration, 82 (31%) centrifugation). The femoral catheter was the most used access route accounting for 44 (94%) of cases. The replacement fluid was plasma fresh frozen in 43 (92%) of sessions.

Anticoagulation was provided using heparin for 16 (34%) patients or citrate for 19 (40%). The median plasma volume processed was 2330 ± 605 mL/cycle. The indications were predominantly TTP, 11 (29%); ANCA-associated vasculitis,

7 (14%); and neurological indications, 13 (27%) (Guillain barre syndrome, myasthenia gravis, acute disseminated encephalomyelitis, multiple sclerosis exacerbation, inflammatory myopathy and neuromyelitis optica). One patient underwent plasmapheresis for insulin resistant diabetes with the presence of anti-insulin antibodies. Adverse effects occurred in 26 (55%) patients. The primary manifestations included hypocalcemia in 5 patients, hypotension in 4 with 2 requiring vasoactive drug intervention. Circuit clotting was observed in 5 patients. A single deep catheter-related femoral vein thrombosis was noted. The resolution of initial disorders and/or improvement in laboratory abnormalities was achieved in 33 (70%) patients. Sequelae was observed in 4 (8,5%) patients. Intra-hospital death was observed in 10 (the main cause of death was severe acute hypoxemic respiratory failure associated to intra-alveolar hemorrhage). No deaths were attributed to a direct complication of the technique.

Conclusion : Our findings highlight the feasibility, good tolerance, and large range of indications for TPE in a MICU, with notable success in resolving initial disorders or improving laboratory abnormalities, placing the TPE as a life-saving technique.

P 273 PREDICTORS OF ALTERED HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE AMONG CRITICALLY ILL COVID19 SURVIVORS, A PROSPECTIVE STUDY

H. Sfar : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

S. Ben Mansour : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

D. Ben Braiek : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

Y. Ben Ali : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

S. Bel Haj Youssef : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

H. Zorgati : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

K. Attia : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

A. Kacem : Pulmonology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

R. Ben Jazia : Pulmonology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

J. Ayachi : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

Introduction : ICU stay is known to negatively impact physical and mental well being and consequently the health related quality of life (HRQoL) after discharge. Little is known about the factors associated with a poor quality of life.

Objectif : To evaluate the quality of life among COVID19 critical care survivors and identify the risk factors of a poor HRQoL.

Méthode : A prospective study conducted in a medical ICU from May 2021 to September 2021. Survivors from COVID19 Acute respiratory distress syndrome (ARDS) fulfilled the SF36 score assessing general health-related quality of life six months after ICU discharge. The 36 questions are divided into 8 dimensions : physical function, social functioning, role limitations due to physical problems, role limitations due to emotional problems, mental health, bodily pain, vitality, and general health perception. The overall score on each SF-36 subscale ranges from 0 to 100. Scores were converted and a reference level of 50 points was adopted for physical and mental health.

Résultat : During the study period, 70 COVID-19 ARDS patients were discharged alive, among them 48 (68.6%) patients completed the SF36 questionnaire. Mean age was 48.2 ± 11.38 years with male predominance 28 (58.3%). Diabetes 8 (16.7%) was the common comorbidities. Mean Body Mass Index (BMI) was 28.5 ± 3.65 kg/m² and median SAPS II at 22.5 [13-24]. Patients were discharged under oxygen therapy in 25 (52.1%) and 15 (31.3%). For the physical capacity, univariate analysis identified female gender ($p=0,018$), home oxygen therapy ($p=0,009$), dyspnea ($p<0,001$), age ($p=0,005$), anosmia ($p=0,028$) and palpitations ($p=0,001$) as risk factors for impaired physical capacity. Multivariate analysis identified home oxygen therapy (OR, 19.8 ; 95% CI, [2-194.7]; $p=0.01$ and palpitations (OR, 26.5 ; 95% CI, [2.9-241.3]; $p=0.004$) as independent risk factors for decreasing physical capacity. For perception of general health univariate analysis identified age ($p=0,022$), Charlson Comorbidity Index (CCI) ($p=0,047$) and unemployment ($p=0,031$) as risk factors for impaired general health. In multivariate analysis only CCI was the independent risk factor of a misperception of general health (OR, 2.18 ; 95% CI, [1.06-4.51]; $p=0.035$).

Conclusion : ICU COVID-19 patients' HRQoL slightly deteriorate 6 months after discharge especially for female, elder patients and those with home oxygen therapy. Nevertheless, medications received during ICU stay had no effect on physical or mental HRQoL.

P 274 COMPARAISON DES SCORES HEAR, HEART, EDACS CHEZ LES PATIENTS AYANT UNE DOULEUR THORACIQUE AIGÜE AUX URGENCES

Sana Sallemi : Service des urgences hôpital Mahmoud El Matri Ariana.
MANEL KALLEL : Service des urgences hôpital Mahmoud El Matri.
Saad Afghani : Service des urgences Hôpital Mahmoud el Matri Ariana.
Emna Rezgui : Service des urgences hôpital Mahmoud El Matri.
Boutheina Ammar : Service des urgences hôpital Mahmoud El Matri.
Khedija Zaouche : Service des urgences hôpital Mahmoud el Matri Ariana.

Introduction : Le HEAR, HEART score (Histoire, électrocardiogramme, âge, facteurs de risque et troponines) et le score Emergency Department Assessment of Chest Pain Score (EDACS) peuvent identifier les patients présentant un syndrome coronarien aigu probable à faible risque d'événements cardiaques majeurs indésirables (MACE).

Objectif : L'objectif de notre étude est de comparer ces 3 scores à prédire la survenue de MACE après 30 jours de leur consultation.

Méthode : Nous avons mené une étude prospective, descriptive, monocentrique et comparative durant une période de 9 mois au niveau d'une structure d'urgence polyvalente d'un hôpital régional. Nous avons inclus les patients âgés de plus de 18 ans, ayant comme motif principal de consultation une douleur thoracique non traumatique. Nous avons calculé les scores HEAR, HEART et EDACS pour ces patients et nous les avons comparé. Nous avons contacté les patients après 30 jours de leur consultation et nous avons noté la survenue des MACE.

Résultat : Nous avons colligé 287 patients. L'âge moyen était de 53 ± 17 ans. On a noté une prédominance masculine avec un genre- ratio à 0,84. Les facteurs de risque cardiovasculaire (FRCV) étaient présents chez 205 (71%) des patients dont 59 (21%) avaient plus de 3 FRCV. Soixante-trois patients (22%) étaient tabagiques. Les comorbidités étaient l'hypertension artérielle chez 86 patients (30%), le diabète chez 65 patients (23%), la dyslipidémie chez 28 patients (10%), la sédentarité chez 54 patients (19%), la coronaropathie chez 26 patients (9%) dont 16 (6%) étaient stentés et 24 patients (8%) avaient un syndrome métabolique. La douleur thoracique était typique d'une origine coronarienne chez 26 patients (9%). La moyenne de l'échelle numérique de la douleur était de 5 ± 3 . La moyenne était respectivement pour les scores HEAR, HEART et EDACS : $2,82 \pm 2$, $4,01 \pm 2$ et $11,14 \pm 6$. Le score moyen HEAR était significativement plus élevé chez les patients ayant fait un MACE à j30 ($5,14 \pm 1,2$ versus $2,29 \pm 1,7$) ($p < 0,001$). Le score moyen HEART était significativement plus élevé chez les patients ayant fait un MACE à j30 ($6,17 \pm 1,6$ versus $3,13 \pm 2$) ($p < 0,001$). Le score moyen EDACS était significativement plus élevé chez les patients ayant fait un MACE à j30 ($15,86 \pm 5,8$ versus $9,91 \pm 5,4$) ($p = 0,005$). L'aire sous la courbe du score HEAR était 0,881 [0,799-0,964] ($p = 0,002$). L'aire sous la courbe du score HEART était 0,873 [0,785-0,961] ($p = 0,002$). L'aire sous la courbe du score EDACS était 0,694 [0,471-0,918] ($p = 0,109$).

Conclusion : L'utilisation des scores HEAR et HEART serait meilleure que l'utilisation du score EDACS pour prévenir la survenue de MACE. Toutefois, une étude multicentrique serait nécessaire.

P 275 RAPPORT NEUTROPHILES SUR LYMPHOCYTES CHEZ LES TRAUMATISÉS GRAVES : VALEUR PRONOSTIQUE AUX URGENCES

Selman Nesrine : Urgences-réanimation hôpital Habib Thameur.
Touj Hager : Urgences-réanimation hôpital Habib Thameur.
Bousnina Feryel : Urgences-réanimation hôpital Habib Thameur.
Touiti Ghada : Urgences-réanimation hôpital Habib Thameur.
Zaghdoudi Imen : Urgences-réanimation hôpital Habib Thameur.
Sedghiani Ines : Urgences-réanimation hôpital Habib Thameur.
Borsali Nebiha : Urgences-réanimation hôpital Habib Thameur.

Introduction : Le traumatisme grave induit une réponse inflammatoire systémique (SIRS) responsable d'un équilibre critique entre les phénomènes pro-inflammatoires et anti-inflammatoires. Le rapport neutrophiles-lymphocytes (RNL) est un marqueur biologique associé au pronostic des patients dans diverses pathologies.

Objectif : L'objectif de cette étude était d'évaluer la valeur pronostique du RNL chez les traumatisés graves (TG) admis aux urgences.

Méthode : Il s'agissait d'une étude bicentrique prospective longitudinale et descriptive menée sur une période de 4 ans (janvier 2019 - décembre 2022). Inclusion des TG âgés de 18 ans et plus, admis en SAUV selon les critères cinétiques de Vittel avec recueil des caractéristiques épidémiologiques-cliniques, biologiques, radiologiques et thérapeutiques des patients. L'analyse statistique a comporté la détermination de la valeur seuil de la mortalité du RNL à l'admission.

et à J3 d'hospitalisation. Le pronostic des TG est jugé sur la mortalité, la survenue d'un état de choc, l'assistance ventilatoire et le transfert dans un service de réanimation.

Résultat : Inclusion de 347 patients. L'âge médian=43 ans, [29 - 60]. Sex-ratio=5,8. Les accidents de la voie publique étaient la cause majoritaire du traumatisme dans 87% des cas. La médiane du RTS était de 7,84. La valeur pronostique du RNL était satisfaisante pour prédire la mortalité à l'admission (J0) et à J3 d'hospitalisation (AUC : 0,81 ; IC à 95% [0,766-0,857] ; p = 0,000 à J0 et AUC : 0,642 ; IC 95% [0,559-0,726] ; p=0,001 à J3). Les valeurs seuils étaient 5,77 à J0 et 7,23 à J3. La valeur seuil du RNL à J3 était plus performante pour prédire le recours à une assistance ventilatoire : OR=4,2 versus OR= 2,2 ; la survenue d'un état de choc : OR= 1,8 versus OR = 0,7 et le transfert en réanimation : OR= 1,6 versus OR= 1,3.

Conclusion : Un RNL supérieur à 5,77 à l'admission et à 7,23 à J3 d'hospitalisation est associé à un mauvais pronostic chez les TG.

P 276 INTUBATION D'UN ADULTE AUX URGENCES : DIFFICULTES ET EVENEMENTS INDESIRABLES

S.Rhaïem : Service des urgences-Smur de ben Arous Hopital régional de ben Arous.

S.Keskes : Service des urgences-Smur de ben Arous Hopital régional de ben Arous.

F.Elayech : Service des urgences-Smur de ben Arous Hopital régional de ben Arous.

H.Ben turkia : Service des urgences-Smur de ben Arous Hopital régional de ben Arous.

A.Ben garfa : Service des urgences-Smur de ben Arous Hopital régional de ben Arous.

S.Souissi : Service des urgences-Smur de ben Arous Hopital régional de ben Arous.

H.Ghazali : Service des urgences-Smur de ben Arous Hopital régional de ben Arous.

Introduction : L'intubation endotrachéale est une technique fréquemment pratiquée dans les services d'urgence, mais elle est associée à un taux élevé de complications immédiates et graves mettant en jeu le pronostic vital.

Objectif : Évaluer les problèmes liés à l'intubation endotrachéale dans le service des urgences, et les difficultés en termes de complications immédiates.

Méthode : Nous avons mené une étude prospective observationnelle, monocentrique, portant sur l'intubation endotrachéale des patients âgés de plus de 14 ans pendant deux ans. Recueil des caractéristiques démographiques des patients, les indications d'intubation, les méthodes, les dispositifs et les médicaments utilisés, le nombre de tentatives, le succès ou l'échec de l'intubation, les caractéristiques de l'opérateur et les complications survenues en post-intubation.

Résultat : Inclusion de 137 patients. Âge moyen = 52±21ans. Genre ratio = 1,49. Indications d'intubation n (%) : Détresse neurologique 71(52), détresse respiratoire 38(27), détresse hémodynamique 35(25), contexte toxique 22(16) et arrêt cardiaque 17(12). Les médecins urgentistes ont géré toutes les intubations et la plupart d'entre eux (97 %) étaient des médecins en cours de formation (Résidents en médecines d'urgence). L'intubation en séquence rapide a été la première méthode tentée chez 91% des patients.

L'hypnomidate a été utilisé dans 76%, la succinylcholine dans 76%, la kétamine dans 12% et le propofol dans 3% des cas. L'évaluation du nombre de tentatives d'intubation a été effectuée chez 88 patients (64%). Première tentative dans 47%, deuxième dans 12%, troisième dans 3% et plus de trois dans 2% des cas. Les complications étaient retrouvées dans 18% des cas. Les plus fréquentes étaient l'hypotension 12%, la bradycardie 3%, l'intubation œsophagienne 1,5% et l'intubation sélective 1,5%. Aucun décès n'a été enregistré.

Conclusion : Les médecins urgentistes recourent essentiellement à l'intubation à séquence rapide, et gèrent avec succès la majorité des intubations dans les services d'urgence. L'hypnomidate est l'agent d'induction le plus courant. La succinylcholine est principalement utilisée comme agent bloquant neuromusculaire sélectionné. Des événements indésirables associés à l'intubation sont signalés dans 18 % des cas.

P 277 PRONOSTIC DES PATIENTS SOUS VENTILATION MÉCANIQUE INVASIVE HOSPITALISÉS AUX URGENCES

Chaima Tlais : Urgences Mongi Slim.
Yessmine walha : Urgences Mongi Slim.
Jihen sabai : Urgences Mongi Slim.
Wided Bahria : Urgences Mongi Slim.
Roua Hajji : Urgences Mongi Slim.
Makrem Bouraoui : Urgences Mongi Slim.
Nourelhouda Nouira : Urgences Mongi Slim.

Introduction : Le nombre restreint en lit de réanimation en Tunisie, qui ne compte que 300 lits pour une population de 13 millions fait que ces places sont précieuses. Ainsi des patients sous ventilation mécanique sont pris en charge exclusivement aux urgences.

Objectif : Etudier le pronostic des patients intubés et ventilés, dont la prise en charge et le séjour étaient fait entièrement à la salle d'accueil des urgences vitales (SAUV).

Méthode : Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive menée sur une période de deux ans ayant débutée en Aout 2021, incluant tous les patients intubés pour détresse vitale, sous ventilation mécanique ayant séjourné plus que 24 heures aux urgences et dont la prise en charge était entièrement faite à la SAUV.

Résultat : Durant la période de l'étude 293 patients ont bénéficié d'une intubation orotrachéale aux urgences, Parmi ces patients ;28,6% ont été admis en arrêt cardiorespiratoire, 23,4% étaient transféré vers le service de réanimation du même hôpital et 19,4% soit 57 patients pris en charge entièrement en SAUV et ayant séjourné plus que 24 heures. Pour le groupe des patients inclus dans notre étude ; l'âge moyen était de 61 ± 16 ans avec un extrême allant jusqu'à 93 ans, le sex ratio était de 1,71, les motifs d'intubation les plus fréquents étaient : multiples détresses vitale (52,6%) suivi de la détresse neurologique isolée (35,1%). Parmi ces patients 46,8% ont présenté une complication type pneumopathie acquise sous ventilation mécanique et 26,8% ont présenté des escarres. La durée médiane du séjour aux urgences était de 4 jours avec un extrême allant jusqu'à 54 jours. Un seul patient a été extubé aux urgences. La mortalité était de 100%.

Conclusion : La prise en charge d'un patient sous ventilation mécanique ne peut se faire qu'en service de réanimation, autrement la mortalité est lourde.

P 278 RISK FACTORS OF MORTALITY IN CRITICALLY ILL PATIENTS WITH ACUTE PULMONARY EDEMA

A. Bedhiafi : Service des Urgences et Réanimation Hopital Habib Thameur de Tunis.
N. Zarouane : Service des Urgences et Réanimation Hopital Habib Thameur de Tunis.
I. Sedghiani : Service des Urgences et Réanimation Hopital Habib Thameur de Tunis.
Y. Garbaa : Service des Urgences et Réanimation Hopital Habib Thameur de Tunis.
S. Bachrouch : Service des Urgences et Réanimation Hopital Habib Thameur de Tunis.
G. Touiti : Service des Urgences et Réanimation Hopital Habib Thameur de Tunis.
N. Borsali-Falfoul : Service des Urgences et Réanimation Hopital Habib Thameur de Tunis.

Introduction : Acute pulmonary edema (PE) is a critical medical emergency leading to acute respiratory failure of varying degrees of severity. The substantial mortality associated with acute PE imposes significant healthcare costs and places added strain on resource utilization.

Objectif : In this study we aimed to identify risk factors associated with mortality in patients with acute pulmonary edema.

Méthode : This was a retrospective observational study conducted in the medical ICU of Habib Thamer University Hospital over fourteen months from June 2022 to august 2023. All consecutive patients admitted to ICU for an acute pulmonary edema were included. Baseline demographic and clinical characteristics were collected. Ventilatory management details and ICU complications were recorded. An univariate analysis was performed in order to identify risk factors of mortality.

Résultat : During the study period, 36 critically ill patients were admitted to ICU for acute PE. They were mainly males with a mean age at 69.9 ± 12 years. Mean Charlsoncomorbidity index was 8.4 ± 4.9 . Comorbidities were hypertension 66.7% (n=22), diabetes 61.1% (n=24), chronic heart failure 63.9% (n=23) and chronic coronary disease 44.4% (n=16). Patients were managed by NIV 94.9%, of which 55% (n=20) required invasive mechanical ventilation (IMV). The mortality rate was at 41.7% (n=15) with a mean length of ICU stay at 8.4 ± 4.9 days. IMV requirement, septic shock

and ventilator acquired pneumonia were significantly associated with higher mortality rates ($p=0.001$, $p<0.001$ and $p<0.001$ respectively). Patients with history of diabetes, chronic renal failure and those admitted for an acute coronary syndrome also had higher mortality rate but with no statically significant association ($p=0.204$, $p=0.067$ and $p=0.076$ respectively).

Conclusion : Mortality from acute pulmonary edema was quite high in our study. It is important to note that ICU related complication might have influenced results and potentially overshadowed the natural progression of the disease itself.

P 279 PRISE EN CHARGE DE L'ANAPHYLAXIE DANS LES SERVICES DES URGENCES : FACTEURS DE RISQUE DE RECIDIVE.

A.Khaoula : Service des urgences-Smur de ben Arous Hopital régional de ben Arous.

S.Keskes : Service des urgences-Smur de ben Arous Hopital régional de ben Arous.

S.Rhaïem : Service des urgences-Smur de ben Arous Hopital régional de ben Arous.

R.Fadhel : Service des urgences-Smur de ben Arous Hopital régional de ben Arous.

N.Hafsi : Service des urgences-Smur de ben Arous Hopital régional de ben Arous.

A.Tagougui : Service des urgences-Smur de ben Arous Hopital régional de ben Arous.

H.Ghazali : Service des urgences-Smur de ben Arous Hopital régional de ben Arous.

I.Chermiti : Service des urgences-Smur de ben Arous Hopital régional de ben Arous.

Introduction : La récurrence de l'anaphylaxie, connue pour être rare, semble plus fréquente que ce qui est rapporté par la littérature. Elle peut même être fatale. En Tunisie, on ne dispose pas de données suffisamment développées sur la récurrence. Une meilleure compréhension de ses caractéristiques permettrait une meilleure prise en charge des patients.

Objectif : Le but de cette étude était d'identifier les facteurs de risque prédictifs de récurrence chez les patients admis aux urgences pour une anaphylaxie.

Méthode : Etude longitudinale, prospective menée dans un service d'urgence sur une période de 8 ans. Inclusion des patients présentant des signes cliniques en faveur de l'anaphylaxie. Recueil des données anamnestiques, cliniques et évolutives. Suivi des patients 72 heures suivant le premier épisode d'anaphylaxie. Analyse multivariée pour identifier les facteurs indépendamment liés à la récurrence.

Résultat : Inclusion de 416 patients (Prévalence = 0,15 %). Age moyen = 41 ± 15 ans avec un genre-ratio de 0,78. Un antécédent d'anaphylaxie était retrouvé chez 39% des patients et la cause la plus fréquente était les médicaments (57%), en particulier les antibiotiques (33%). Les symptômes cutané-muqueux étaient les plus fréquents (93%). La plupart des patients avaient présenté une réaction modérée (94%). Une récurrence était retrouvée chez 21 patients (5 %) dont dix patients en ambulatoire. L'âge moyen était de 46 ± 11 ans avec une prédominance masculine (81 %). La cause la plus fréquente était également médicamenteuse (57%). Les atteintes cutané-muqueuses étaient classées en premier (95%) suivies des symptômes cardiovasculaires (81 %). Des réactions modérées ont été retrouvées dans 57% des cas. Le délai médian de récurrence était de 5 heures [75 ; 570] et la durée moyenne d'hospitalisation supplémentaire était de 5 ± 2 heures. L'épinéphrine était utilisée dans 62 % des cas. L'étude analytique a identifié 3 facteurs de risque prédictifs indépendants de récurrence de l'anaphylaxie : le genre masculin (OR ajusté=2,53, $p=0,004$, IC95 % [1,34 ; 4,78]), les symptômes cardiovasculaires (OR ajusté=2,95, $p=0,02$, IC95% [1,04 ; 7,36]) et douleurs abdominales (OR ajusté=1,88, $p=0,036$, IC95% [1,04 ; 3,38]).

Conclusion : La récurrence de l'anaphylaxie peut être plus grave que sa première présentation. Développer une connaissance suffisante des facteurs de risque est indispensable pour prédire la récurrence et adapter la prise en charge de chaque patient en conséquence.

P 280 LA DOULEUR CHEZ LES PATIENTS INTUBÉS VENTILÉS SÉDATÉS AUX SOINS INTENSIFS.

Mouna Djerbi : Urgences et SAMU 04 CHU HABIB BOURGUIBA SFAX.
GHARBI EMNA : Urgences et SAMU CHU HABIB BOURGUIBA SFAX.
Kharrat hana : Urgences et SAMU CHU HABIB BOURGUIBA SFAX.
IMEN SALEM : Urgences et SAMU CHU HABIB BOURGUIBA SFAX.
ABDENNOUR NASRI : Urgences et SAMU CHU HABIB BOURGUIBA SFAX.
Kammoun Leila : Urgences et SAMU 04 CHU HABIB BOURGUIBA SFAX.
Rekik noureddine : Urgences et SAMU 04 CHU HABIB BOURGUIBA SFAX.

Introduction : L'évaluation de la douleur pour les patients non communicants constitue des difficultés en soins intensifs. L'infirmier avait un rôle primordial. La prise en charge et l'évaluation peut être effectuée avec une échelle comportementale spécifique multidimensionnelle, ainsi que les signes physiologiques.

Objectif : Décrire l'intensité de la douleur chez les patients intubés, ventilés et sédatisés hospitalisés par les infirmiers out en étudiant la reproductibilité et la faisabilité de l'échelle utilisée :Béavioral pain scale BPS.

Méthode : Il s'agissait d'une étude transversale descriptive observationnelle, utilise une approche quantitative colligeant les patients intubés, ventilés et sédatisés hospitalisés au service Urgence/SAMU du CHU Habib Bourguiba Sfax durant la période de l'étude allant de Février au Mars 2022. Les données étaient recueillies par deux infirmiers entraînés et dédiés à l'étude. La fiche de collecte des données était composée de 3 parties : les identifiants du patient, les modifications physiologiques et le score proprement dite

Résultat : Quarante-huit patients étaient inclus de prédominance masculine (72,92%) avec une tranche d'âge majoritaire entre 40- 60ans (43,75%). La majorité des patients été admis pour pathologies médicales (96,30%) L'échelle BPS montrait que cette étude avait un score moyen de (10,35) à la phase initiale de (5,73) lors de soin et (3,40) au moment de repos. Les patients avaient présenté une douleur d'intensité surtout élevé (87,50%) et à moindre titre modéré (12,50%) à la phase initiale. Au moment d'une aspiration trachéale, la douleur était modérée (54,17%) voir faible (45,83%). A la phase initiale, la majorité des patients faisaient des grimaces à l'expression de visage (70,83% ; N=34), pour le tonus des membres supérieur, ils faisaient des flexion complètes de (52,08% ; N=25) et (83,33% ; N=40) luttait contre le respirateur. Lors du soin, la majorité des patients faisaient des plissements du front (79,17% ; N= 38) à l'expression de visage, pour le tonus musculaire, ils faisaient des flexions partielles pour (66,67% ; N=32). Et présentaient des détachements ponctuels à l'adaptation au respirateur (85,42% ; N=41). En dehors de soin (au moment de repos), la quasi-totalité des patients (95,83% ; N=46) étaient détendu à l'expression de visage, ne faisaient pas des mouvements des membres supérieurs (91,67% ; N=44) et ne présentaient pas des problèmes à l'adaptation au respirateur (75% ; N=36). La transpiration était évidemment objectivée chez la moitié des patients à la phase initiale (post-intubation immédiat) (54.17) alors qu'elle était nettement diminuée lors des soins (4.17 %) voir disparue an repos.

Conclusion : Au regard de ce travail, il est impératif de programmer une formation concernant la prise en charge de la douleur chez les patients non communicants et mettre à disposition un instrument d'évaluation fiable, valide, faisable et adopté à ces patients.

P 281 E SYNDROME CORONARIEN AVEC SUS DÉCALAGE DE ST(STEMI) : LA VALEUR PRÉDICTIVE DE MORTALITÉ PRÉCOCE DE L'INDICE DE RISQUE SIMPLE

Jihen Sebai : Urgences Mongi Slim.
Yessmine walha : Urgences Mongi Slim.
Dhekra Hamdi : Urgences Mongi Slim.
Mariem Rebhi : Urgences Mongi Slim.
Ismail Sahnou : Urgences Mongi Slim.
Chaima Tlais : Urgences Mongi Slim.
Nourelhouda Nouira : Urgences Mongi Slim.

Introduction : De nombreux facteurs ont été étudiés pour mieux prédire la mortalité chez les patients atteints de STEMI. L'indice de risque simple (SRI) a été évalué et sa valeur pronostique a été prouvée chez les patients STEMI en milieu préhospitalier.

Objectif : Evaluer la valeur prédictive de mortalité précoce aux urgences du SRI chez les patients admis pour STEMI.

Méthode : Il s'agissait d'une étude observationnelle prospective menée sur 18 mois, ayant débuté au mois de Janvier 2022 au service d'accueil des urgences. Nous avons inclus des patients adultes âgés de 18 ans ou plus, admis pour STEMI. Nous avons calculé le SRI pour tous les patients: (fréquence cardiaque*(Age/10)2)/pression artérielle systolique). La mortalité précoce a été évaluée pendant l'hospitalisation aux urgences.

Résultat : Notre étude a inclus 158 patients avec un âge moyen de 61± 13ans (avec des extrêmes allant de 31 à 102), avec un sex- ratio de 3,5. Le taux de mortalité intra hospitalière était de 8,4 %, des événements cardiaques aigus majeurs sont survenus chez 29,5 % des patients. L'analyse de régression multivariée a montré que le SRI était un facteur indépendant prédictif de décès précoce aux urgences : (OR= 1,056, IC à 95 % : 1,024–1,08, P< 0,01). La courbe ROC a montré que l'aire sous la courbe du SRI était de 0,84 (IC à 95% 0,72–0,96, P< 0,01). La valeur seuil était de 16,86 la sensibilité et la spécificité étaient de 90 % et 59,6 %, respectivement.

Conclusion : L'indice de risque simple est facile à calculer, en particulier dans les situations d'urgence. Il permet de classer précocement les patients STEMI à haut risque de mortalité et d'assurer une prise en charge précoce avec meilleure qualité.

P 282 A COMPREHENSIVE RETROSPECTIVE ANALYSIS OF PROLONGED ICU STAY: CHARACTERISTICS AND OUTCOMES

S. Ben Ali : Department of Anesthesiology and Critical Care Military Hospital of Tunis.
M. Zakraoui : Department of Anesthesiology and Critical Care Military Hospital of Tunis.
W. Bourhil : Department of Anesthesiology and Critical Care Military Hospital of Tunis.
T. Bachta : Department of Anesthesiology and Critical Care Military Hospital of Tunis.
W. Sellami : Department of Anesthesiology and Critical Care Military Hospital of Tunis.
W. Samoud : Department of Anesthesiology and Critical Care Military Hospital of Tunis.
A. Rebaï : Department of Anesthesiology and Critical Care Military Hospital of Tunis.
S. Boughariou : Department of Anesthesiology and Critical Care Military Hospital of Tunis.
Z. Hajjej : Department of Anesthesiology and Critical Care Military Hospital of Tunis.
H. Gharsallah : Department of Anesthesiology and Critical Care Military Hospital of Tunis.
I. Labbene : Department of Anesthesiology and Critical Care Military Hospital of Tunis.
M. Ferjani : Department of Anesthesiology and Critical Care Military Hospital of Tunis.

Introduction : Prolonged stays in the Intensive Care Unit (ICU), commonly defined as exceeding a threshold of one month, pose a challenge in contemporary healthcare. Understanding the factors contributing to these long hospitalizations and assessing post-ICU outcome is crucial.

Objectif : The study sought to assess the demographic and medical backgrounds of ICU patients with extended stays, evaluate clinical severity, ICU interventions and post-ICU outcomes.

Méthode : We conducted a retrospective study in a medico-surgical ICU from January 2021 to December 2022, on adult patients with hospital stays of 30 days or more, excluding COVID cases. We collected retrospectively: demographics, medical history, reason for admission, severity of illness measured by the SOFA, SAPS2, APACHE2 scores at admission, type and intensity of supportive care. Mortality assessments were conducted in the ICU, hospital and during community follow-up, which continued until September 2023 when patients were reached via telephone.

Résultat : In the study, data from 58 eligible patients were collected. Among them, 29 (50%) died in the ICU and 3 more died in the hospital post-ICU discharge (hospital mortality 55.1%). Three additional patients died at home within a year (5.17%). Age, gender, and Charlson comorbidity score influenced survival. Survivors most commonly presented with multiple traumas, whereas critical neurologic illness was the predominant pathology in the mortality group. Significant differences existed in SOFA, SAPS2, and APACHE2 scores ($p < 0.05$). No ICU stay or therapeutic intervention scoring system differences between groups, nor in infectious complications, thromboembolic events, or bed sores. When we examined intervention characteristics, the survival group had significantly shorter durations of mechanical ventilation, less use of renal replacement therapy and fewer instances of catecholamines use. Twenty-nine patients were discharged: 11 to home (37.9%), 17 to a ward (58.6%) and 1 to an assisted living facility (3.4%). Five survivors were readmitted to the ICU with a median of 9.6 days post-ICU discharge. The median Barthel index of survivors was 58, with 9 having cognitive impairment and 16 receiving psychiatric follow-up.

Conclusion : A substantial proportion of patients with extended ICU stay experienced long-term survival. This study provides valuable insights into the determinants of extended critical care hospitalization and its associated outcomes. However, larger studies, particularly focusing on post-intensive care syndrome, are warranted.

P 283 OPTIMAL TIMING FOR ENDOSCOPY IN CASE OF ACUTE UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING

Belaid M : Des urgences hopital charles nicolle.
Jendoubi A : Des urgences hopital charles nicolle.
Othmani S : Des urgences Charles Nicolle.
Jemai.M : Des urgences charles nicolle.
Mouelhi. N : Des urgences charles nicolle.
Jouini S : Des urgences charles nicolle.

Introduction : Current recommendations suggest that patients experiencing acute upper gastrointestinal bleeding should undergo endoscopy within 24 hours following consultation with a gastroenterologist. However, the precise benefits of conducting endoscopy within shorter time frames, specifically less than 24 hours, remain insufficiently defined.

Objectif : to assess the impact of the optimal timing for endoscopy in patients with acute upper gastrointestinal bleeding at an elevated risk of recurrent bleeding or death

Méthode : To assess whether immediate endoscopy yields better outcomes in patients. with a high predicted risk of recurrent bleeding or mortality, we conducted a randomized trial. Patients presenting with clear signs of acute upper gastrointestinal bleeding and a Glasgow–Blatchford score of 12 or higher were randomly assigned to either undergo endoscopy within 6 hours (urgent-endoscopy group) or between 6 and 24 hours (early-endoscopy group) following consultation with a gastroenterologist. The primary endpoint was all-cause intrahospital mortality.

Résultat : a total of 56 patients participated in the study. intrahospital mortality was 8.9% in the urgent-endoscopy group and 6.6% in the early-endoscopy group. Within, further bleeding occurred 10.9% in the urgent-endoscopy group and 7.8% in the early-endoscopy group. Among patients with peptic ulcers, initial endoscopy revealed ulcers with active bleeding or visible vessels in 66.4% of the 19 patients in the urgent-endoscopy group and 47.8% of the 37 patients in the early-endoscopy group. Hemostatic treatment during initial endoscopy was administered to 22.1% of the patients in the urgent-endoscopy group and 12.4% in the early-endoscopy group.

Conclusion : : For patients with acute upper gastrointestinal bleeding at a heightened risk of recurrent bleeding or death, our findings indicate that performing endoscopy within 6 hours of consultation with a gastroenterologist did not result in a lower inhospital mortality rate compared to endoscopy conducted between 6 and 24 hours after consultation

P 284 SURVIVANTS SEVRÉS DE LA VENTILATION MECANIQUE INVASIVE APRES UN SEJOUR EN REANIMATION : PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE

A.Smiri : Réanimation médicale l'hôpital régional de ben arous.
H.Fazzeni : Réanimation médicale l'hôpital régional de ben arous.
I.Fathallah : Réanimation médicale l'hôpital régional de ben arous.
N.Kouraichi : Réanimation médicale l'hôpital régional de ben arous.

Introduction : La ventilation mécanique invasive (VMI) est souvent nécessaire dans la prise en charge des patients en réanimation. La compréhension des caractéristiques épidémiologiques des patients survivants pourrait améliorer la prise en charge et le pronostic des patients sous VMI.

Objectif : Cette étude a pour objectif de décrire les caractéristiques épidémiologiques des patients sevrés de la VMI survivants après un séjour en réanimation.

Méthode : Nous avons mené une étude rétrospective descriptive sur une période allant de juin 2020 à juin 2023. Ont été inclus les patients hospitalisés durant la période de l'étude qui ont été sevrés de la VMI et mis sortants. Ont été exclus les patients sous VMI et décédés. N'ont pas été inclus les patients hospitalisés pour une pneumonie à SARS-CoV-2. Nous avons collecté les données cliniques, biologiques thérapeutiques et évolutives des patients.

Résultat : Nous avons colligé 26 patients avec un âge moyen de 44±14ans. Le genre ratio était de 1,9. Parmi ses patients quatre étaient diabétiques, cinq hypertendus et huit épileptiques. La majorité des patients étaient admis pour un état de mal épileptique soit huit patients (30,6%) et sept (27%) pour une intoxication. Nous avons eu recours à la ventilation non invasive avant la VMI chez cinq patients (19%). La détresse neurologique était la cause la plus fréquente pour l'intubation [n=21 (81%)]. Les patients présentaient une seule détresse dans 16 cas (61,5%). Nous avons eu recours à la trachéotomie dans 5 cas (19%). La sédation était entretenue par du fentanyl et du midazolam dans tous les cas. La durée médiane de la sédation était de 7 [4-17] jours. Le délai médian de sevrage de la VMI était de 10 [6-19] jours. La durée médiane du séjour était de 12 [6-25] jours. L'évolution était marquée par la survenue

d'infection nosocomiale dans 14 cas. Un état de choc est survenu dans 11 cas. Cinq patients ont développé une neuromyopathie de réanimation avec bonne évolution. Le sevrage était sans incidents chez tous les patients. Les patients trachéotomisés ont bénéficié d'une décanulation avant la sortie. Tous les patients étaient mis sortants à domicile sans oxygénothérapie au long cours.

Conclusion : La majorité des patients ont été admis dans un tableau de détresse neurologique. Ceci pourrait expliquer le pronostic favorable. Une étude comparative entre les survivants et les décédés apportera plus d'informations concernant les facteurs pronostic.

P 285 PRISE EN CHARGE DES TRACHÉOTOMIES CHEZ LES TRAUMATISÉS CRÂNIENS GRAVES: ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES ET DEVENIR DES PATIENTS

Slim Bouaziz : Service d'anesthésie -réanimation Hôpital La Rabta.

Seif mbarek : Service d'anesthésie Hôpital La Rabta.

Boutheina mosbahi : Service d'anesthésie Hôpital La Rabta.

Fatma cherif : Service d'anesthésie Hôpital La Rabta.

Yosri messaoudi : Service d'anesthésie Hôpital La Rabta.

Adel ammous : Service d'anesthésie Hôpital La Rabta.

Introduction : Les traumatisés crâniens graves sont intubés dès les premières heures. Ils sont ensuite ventilés durant des périodes de temps plus ou moins longues. Certaines particularités physiopathologiques et cliniques de ces patients influencent leurs prises en charge et leurs devenir. Les données de la littérature concernant ce sujet sont encore insuffisantes. En outre, les conduites et les pratiques cliniques varient selon les centres.

Objectif : L'objectif de ce travail est d'évaluer les conduites professionnelles dans notre service d'anesthésie-réanimation, sur les trois dernières années, concernant la trachéotomie chez les traumatisés crâniens.

Méthode : Etude rétrospective descriptive monocentrique était réalisée dans un service d'anesthésie-réanimation. Chaque dossier médical était revu et analysé. Les traumatisés crâniens n'ayant pas bénéficié d'une trachéotomie du fait d'un décès dans les 72 heures ou d'une durée de séjour en réanimation inférieure à 72 heures étaient exclus. Pour les patients ayant bénéficié de plusieurs trachéotomies au cours de différents séjours en réanimation sur la période étudiée, seule la première hospitalisation en réanimation était comptabilisée.

Résultat : Au total 65 patients sous ventilation mécanique invasive étaient trachéotomisés. Cent pour cent des trachéotomies étaient chirurgicales. La médiane de réalisation de la trachéotomie était de 13 jours. La majorité des patients (87.7%) était de sexe masculin ; L'âge moyen était de 39 ans ; L'IMC était inférieur à 26 kg/m² chez 80% des patients ; Quatre-vingt-cinq pour cent des trachéotomisés étaient classés ASA I. Cinquante-sept pour cent (57 %) des trachéotomies étaient réalisées pour indication neurologique centrale. Une trachéotomie précoce (dans les 7 premiers jours d'intubation) était réalisée chez 15% des patients trachéotomisés. Soixante-douze pour cent des patients étaient sevrés de la ventilation mécanique tandis que la décanulation était réalisée avec succès chez 48% des patients. Le taux de complication de la trachéotomie était de 3%. Le taux de la mortalité était de 27%.

Conclusion : Notre travail rétrospectif montre que 7 % des patients sous ventilation mécanique étaient trachéotomisés avec un délai médian de 22 jours. Il s'agissait principalement d'hommes jeunes, trachéotomisés par technique chirurgicale pour sevrage ventilatoire.

P 286 PREDICTIVE FACTORS FOR MORTALITY FROM HEAT-RELATED PATHOLOGIES

D.Hosni : Services des Urgences Hopital Charles Nicolle.

S.Khabouchi : Services des Urgences Hopital Charles Nicolle.

S.Ouerghi : Services des Urgences Hopital Charles Nicolle.

S.Othmani : Services des Urgences Hopital Charles Nicolle.

H.Hedhli : Services des Urgences Hopital Charles Nicolle.

S.Jouini : Services des Urgences Hopital Charles Nicolle.

Introduction : Exposure to extreme heat is a seasonal reason for emergency department visits, but this pathology can have serious and even fatal consequences this makes it necessary to detect severity and mortality factors in order to improve emergency department management

Objectif : Determine the predictive factors of mortality for heat-related pathologies in patients admitted to the emergency department.

Méthode : This was a descriptive, analytical, prospective, monocentric study conducted in the emergency department over a two-month period. Inclusion criteria: age over 15 years, both sexes, patients admitted for heat-related illnesses. Exclusion criteria: pregnant women, patients seen on an outpatient basis.

Résultat : 51 patients were enrolled, 51 patients were enrolled, sex ratio=2.4; mean age=68.4±11.1 years. Autonomy (p=0.320), medical-surgical history (p=0.360), altered state of consciousness (p=0.001), asthenia (p=0.054), dehydration (p=0.730), PAS (p=0.036), PAD (p=0.013), Heart R (p=0.005), HCO3 (p=0.035), AST (p=0.008), presence of complications (p=0.007), hemodynamic distress (p=0.000), respiratory distress (p=0.175), neurological distress (p=0.000), multivisceral failure (p=0.000), orotracheal intubation (p=0.010).

Conclusion : Predictive Factors of mortality in cases of exposure to extreme heat are essentially altered state of consciousness, PAS, PAD, HR, bicarbonates, hepatic cytolysis, presence of vital distress on admission and recourse to orotracheal intubation.

P 287 VALEUR PRONOSTIQUE DE L'HYPERLEUCOCYTOSE CHEZ LES PATIENTS ADMIS POUR CRISE EPILEPTIQUE AUX URGENCES

D. HOSNI : Urgences hopital charles nicolles tunis.
S. OUERGHI : Urgences hopital charles nicolles tunis.
H. HEDHLI : Urgence hopital charles nicolles.
S. KHABOUCHE : Urgences HCN.
S. JOUINI : Urgences HCN.

Introduction : Au cours de la crise convulsive, plusieurs anomalies cliniques ainsi que biologiques peuvent apparaître et dont certains peuvent orienter vers une étiologie alors que d'autres ont des intérêts pronostiques.

Objectif : Déterminer la valeur pronostique de l'hyperleucocytose chez les patients admis pour crise convulsive aux urgences.

Méthode : Il s'agit d'une étude comparative, descriptive, prospective, monocentrique qui s'est déroulée sur une période de quatre années au service des urgences. Critères d'inclusion : les deux sexes, âge > 15 ans. Critères de non inclusion : femmes enceintes, patients en ACR. Deux groupes : groupe hyperleucocytose+ et groupe hyperleucocytose-. L'hyperleucocytose est définie par un taux de globules blancs supérieur à 10000 éléments/mm.

Résultat : Cents cinquante-deux patients étaient colligés, groupe hyperleucocytose +(n=91) VS groupe hyperleucocytose- (n=61), genre (p=0,268) ; âge moyen=54,6,±17,1 VS 47±18 ans (p=0,011) ; Dépakine (p=0,015) ; type de crise : crises sérielles (p=0,034) ; EME (p=0,323) ; crise tonique (p=0,012) ; fièvre (p=0,028) ; encéphalite (p=0,347) ; sepsis (p=0,523) ; méningoencéphalite (p=0,350) ; méningite (p=0,729) ; Sao2 (p=0,002) ; CRP (p=0,167) ; mauvaise observance thérapeutique (p=0,058) ; aggravation (p=0,774) ; décès (p=0,038).

Conclusion : L'hyperleucocytose étaient significativement associés à un âge plus élevé et en cas de survenue de crise convulsive sériele alors que l'hyperleucocytose n'était pas un facteur de risque de mortalité.

P 288 LA THROMBOPENIE EN REANIMATION : PARTICULARITES CLINIQUES, PRISE EN CHARGE ET PRONOSTIC.

Emna Rachdi : Réanimation médicale Abderrahman Mami.
M.K.GHOZZI : Réanimation médicale Abderrahman Mami.
N.BEN MRAD : Réanimation médicale Abderrahman Mami.
F.Jarraya : Réanimation médicale Abderrahman Mami.
S.AYED : Réanimation médicale Abderrahman Mami.
M.BESBES : Réanimation médicale Abderrahman Mami.
A.JAMOUCSI : Réanimation médicale Abderrahman Mami.
J.BEN KHELIL : Réanimation médicale Abderrahman Mami.

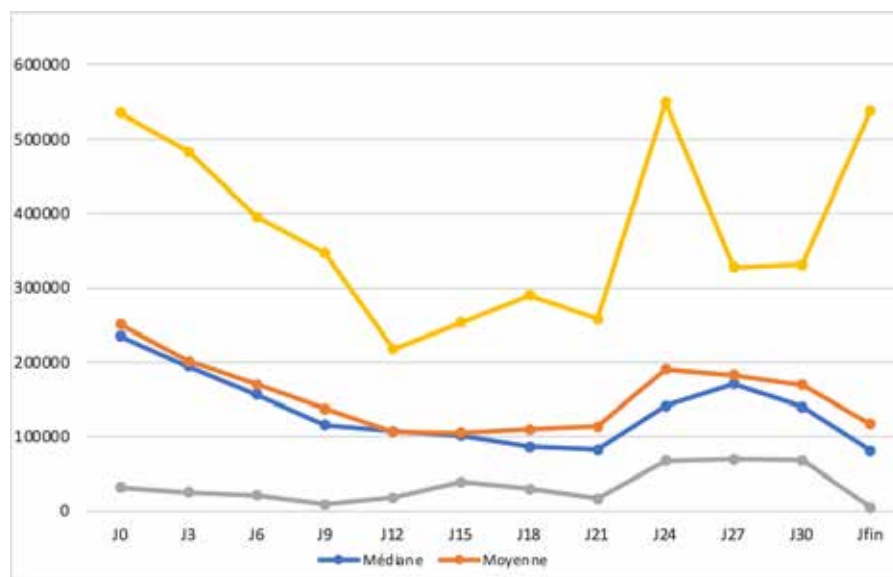
Introduction : La constatation d'une thrombopénie est fréquente chez les patients de réanimation. Elle est définie selon les études par un chiffre de plaquettes < 150 G/L.

Objectif : L'objectif de notre étude était de décrire les caractéristiques cliniques et biologiques des patients ayant une thrombopénie en réanimation, d'étayer les différentes étiologies et d'en déterminer le pronostic.

Méthode : Etude rétrospective, descriptive et monocentrique menée au service de réanimation médicale de janvier 2021 à décembre 2021. Ont été inclus tous les malades âgés de plus de 18 ans et hospitalisés durant la période d'étude et présentant une thrombopénie soit à l'admission soit développée au cours de l'hospitalisation.

Résultat : Au cours de la période d'étude, 500 patients ont été hospitalisés au service de réanimation médicale parmi lesquels 41 ont présenté une thrombopénie, soit une incidence de 8,2. Notre population avait une prédominance masculine avec un âge moyen de $59,5 \pm 15$ ans (18 et 92 ans). Deux patients avaient des antécédents de maladies thromboemboliques (AVC, EP, IDM), 2 étaient sous anticoagulants, 3 avaient des ATCD de thrombopénie. A l'admission, le taux moyen des plaquettes était de 250 ± 105 G/L avec diminution progressive atteignant le seuil de thrombopénie (<150 G/L) après une semaine d'hospitalisation (Figure). Les seuils les plus bas (<100 G/L) étaient stables de la 2^{ème} jusqu'à la 3^{ème} semaine. Il est à noter que 21 patients avaient une Bicytopénie et 3 avaient une Pancytopénie. La recherche d'AC antiPF4 a été réalisée chez 10 patients, elle était positive chez 3. Vingt-sept patients étaient sous Héparine de bas poids moléculaire préventive, 1 seul sous Héparine de bas poids moléculaire curative et 10 sous héparine non fractionnée. Concernant la prise en charge, on a arrêté tout médicament suspect notamment les anticoagulants (n=11), les inhibiteurs de la pompe à protons (n=2) et les antibiotiques (n=1). Quant à la transfusion, 10 ont reçu une transfusion de culots plaquettaires et 5 une transfusion de culots globulaires à la suite de saignement. La durée médiane de séjour était de $17,9 \pm 12,3$ j, le décès était survenu chez 34 patients..

Conclusion : L'apparition d'une thrombopénie peut mettre en jeu le pronostic vital et fonctionnel. Une étude prospective et multicentrique est souhaitable afin de mieux cerner les caractéristiques de cette anomalie biologique en réanimation.



P 289 FACTORS PREDICTING INHOSPITAL MORTALITY IN PATIENTS ADMITTED TO THE EMERGENCY DEPARTMENT FOR ACUTE HEART FAILURE

Bahri badra : Réanimation hospital HABIB Thameur.

Sakhri hanene : Réanimation Habib THameur.

Sedghiani ines : Réanimation Habib Thameur.

Touj Hajer : Réanimation Habib Thameur.

Borsali Nebiha : Réanimation Habib Thameur.

Introduction : Acute heart failure (AHF) is a frequent cause of admission in the emergency department (ED). The prognosis evaluation is an essential step for the emergency physician.

Objectif : The purpose of our study was to identify the factors predicting intra-hospital mortality in patients admitted to the ED for AHF

Méthode : Monocentric observational study. Prospective collection of clinical, biological and evolution demographic data from computerized medical records. The diagnosis of AHF was retained on clinical, electrocardiographic, radiological, biological and gazometric data. The primary endpoint was intra-hospital mortality.

Résultat : the study included 220 patients with a mean age of 72 ± 11.4 years and a gender ratio of 0.96. The main comorbidities were n (%): hypertension 94 (78.3), diabetes 59 (49.2), coronary artery disease 55 (45.8), heart failure 64 (53.3). Seventy per cent of patients consulted for orthopnea. The average length of stay was 6.36 ± 5.03 days. Continuous positive airway pressure (CPAP) support was indicated in 36% of patients. The use of ventilatory support

with inspiratory support was necessary in 37% of patients. The rate of admission to intensive care was 11.8%. The average D-dimer value was 1966 ± 2627 ug/L. Intra-hospital mortality was 14.2%.

The mean value of the D-dimers was higher in the dead group with 4262 ± 5370 µg/l compared to the survivors with 1550 ± 1390 µg/l ($p < 10^{-3}$). In multivariate analysis, a D-dimer value greater than 913 ug/L was an independent factor of in-hospital mortality (AUC = 0.810; Se = 84%; Sp 60%; OR 3; 95% CI: 0.64-14.6 ; $p=0.017$)

Conclusion : A Ddimer value greater than 913ug/L is an independent factor associated with in-hospital mortality in patients admitted to the emergency department for acute heart failure

Theme : Complications Iatrogènes

P 290 TRIMETHOPRIM-SULFAMETHOXAZOLE-INDUCED SEVERE HYPERKALEMIA IN A PATIENT WITH NORMAL RENAL FUNCTION.

Amira HMAIDI, : Service de Réanimation Médicale, CHU Sahloul, Sousse..
Rafia BEN DABEBISS, : Service de Réanimation Médicale, CHU Sahloul, Sousse..
Abdelkader MALLEK, : Service de Réanimation Médicale, CHU Sahloul, Sousse..
Hajer YAHYAOU, : Service de Réanimation Médicale, CHU Sahloul, Sousse..
HMOUDA Houssein : Service de Réanimation Médicale, CHU Sahloul, Sousse..

Introduction : Hyperkalemia induced by Trimethoprim-Sulfamethoxazole (TMP-SMX), was first recognized with high dose treatment, and in patients with renal insufficiency. We report a case of TMP-SMX-induced hyperkalemia in a patient with normal kidney function, and discuss the mechanism and contributing factors.

Cas clinique : A 70-year-old female patient with a history of atrial fibrillation, Parkinson's disease and recurrent urinary tract infections was admitted to the neurology ward for acute exacerbation of Parkinson disease and aspiration pneumonia. Five days before admission, the patient suffered from headache with occipital irradiation and confusion with blurred vision. On the day of admission, She had a brain CT scan which was normal. Examination revealed fever, confusion (CCS 14/15), rigidity in the four limbs. Blood pressure was 150/70 mmHg, SaO₂ was 98% on 2l oxygen by nasal canula. She was given Cefotaxime and Ciprofloxacin for UTI. Outcome was characterized by an increase in oxygen requirements to 8l/min. Chest and abdomen CT scan revealed bilateral pneumonia with pleural effusion, bladder wall was thickened, without detectable collection. She was transferred to the medical ICU. She required high flow oxygen, and switch of antibiotic therapy to TMP-SMX (800 mg b.i.d), based on a positive blood culture showing multi-resistant Staphylococcus hominis. On the sixth day, the patient became afebrile, but developed severe hyperkalemia reaching 6.7 mmol/l, which required urgent corrective measures including IV calcium gluconate, IV insulin with 10% Dextrose, and oral kayexalate. There was no obvious etiology for this severe hyperkalemia. Kidney function tests were normal, and adrenal gland insufficiency was ruled out by normal cortisol level. Urine analysis showed evidence of decreased potassium excretion. This adverse event was therefore linked to TMP-SMX, which was withdrawn. Serum potassium returned to normal range within 48 hours, and remained normal.

Conclusion : TMP-SMX impairs renal potassium excretion which can, even alone, induce severe hyperkalemia. Causes of hyperkalemia may be additive. Serum potassium should be monitored in all patients receiving TMP-SMX, even with normal renal function and no risk factors for hyperkalemia.

P 291 UNE PANCRÉATITE AIGÛE INDUITE PAR LA CICLOSPORINE : À PROPOS D'UN CAS

Sabrine Bradai : Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax.
Salma Jerbi : Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax.
Amal Kotti : Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax.
Najeh Baccouch : Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax.
Rania Ammar : Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax.
Olfa Turki : Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax.
Kamilia chtrara : Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax.
Mabrouk Bahloul : Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax.
Hedi Chelly : Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba Sfax.
Chokri Ben Hmida : Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba.
Mounir Bouaziz : Réanimation polyvalente CHU Habib BOURGUIBA.

Introduction : La pancréatite aigüe (PA) médicamenteuse est une complication rare représentant 1-2% des causes de PA. Elle peut être fatale et pose le problème d'imputabilité. Nous rapportons un cas rare de PA due à la ciclosporine.

Cas clinique : Il s'agit d'une patiente âgée de 34 ans aux antécédents de transplantation rénale en 2012 mise sous Cyclosporine et Cellcept, d'insuffisance rénale chronique modérée, et de cardiomyopathie dilatée. Elle a été admise pour prise en charge d'une détresse respiratoire en rapport avec un œdème aigue pulmonaire hémodynamique. Durant l'hospitalisation, la patiente a présenté une sensibilité abdominale diffuse et des vomissements. L'examen physique a montré une distension abdominale avec une matité des flancs et disparition des bruits hydro-aériques. Une échographie abdominale a été faite en urgence montrant un épanchement péritonéal de grande abondance cloisonné. L'analyse du liquide d'ascite était en faveur d'un exsudat avec un taux d'amylase à 1612 UI/L. Un bilan pancréatique sanguin a été demandé montrant une hyperamylasémie à 549 UI/L et une hyperlipasémie à 335 UI/L. Le diagnostic de PA a été retenu. Un scanner abdominal sans injection a été fait montrant un pancréas d'aspect normal.

Après avoir éliminé l'origine biliaire, alcoolique et métabolique, nous avons suspecté l'origine médicamenteuse de la PA. La ciclosporine a été incriminée et sa dose a été diminuée après avoir l'avis des experts en néphrologie et en pharmacovigilance. L'évolution a été marquée par l'amélioration clinique et biologique de notre patiente.

Conclusion : Notre cas remplit 3 parmi 4 critères de la classification de Mallory et Kern de la PA médicamenteuse. Le mécanisme physiopathologique pourrait être cytotoxique pour une molécule connue par sa néphrotoxicité

P 292 HEMOTHORAX ET CHOC HEMORRAGIQUE : UNE COMPLICATION RARE DE LA MISE EN PLACE D'UN CATHETER D'HEMODIALYSE

A.Rebhi : Réanimation médicale Hôpital régional Kasserine.
M.Hamdi : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
H.Nouira : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
A.Ben khelifa : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
R.Rajah : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
E.Gharbi : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
M.Fekih Hassen : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
O.Jaoued : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
H.Ben Sik Ali : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
S.Elatrous : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.

Introduction : Après plusieurs années d'épuration extrarénale, le réseau veineux peut être thrombosé ou sclérosé rendant sa ponction à haut risque. Nous rapportons un cas d'hémothorax et d'un choc hémorragique observés lors de la mise en place d'un cathéter d'hémodialyse.

Cas clinique : Patiente âgée de 59 ans, hémodialysée depuis 15 ans, a eu une mise en place d'un cathéter d'hémodialyse jugulaire gauche dans une clinique privée. Quelques minutes après sa mise en place, la patiente a présenté une douleur thoracique avec une hypotension artérielle à 70/40, FC à 130 battement/minute et diminution de murmure vésiculaire à gauche. A La radiographie du thorax : opacité homogène occupant le 2/3 du poumon gauche. Biologie : hémoglobine à 6.9g/dl ; plaquettes : 217000g/l ; TP:65%. La conduite était de mettre en place un drain thoracique, ramenant 1.5 l de sang ; 6 PFC et 2 ampoules d'Exacyl. Devant la persistance de l'état de choc, elle a été mise sous noradrénaline et a eu une transfusion de 3 culots globulaires. L'évolution était favorable avec sevrage de noradrénaline et ablation du drain à j4. Discussion : Les cathéters veineux centraux sont indiqués lors d'une urgence à l'hémodialyse ou de dysfonctionnement d'une fistule artérioveineuse. Le réseau veineux chez ces patients est précaire. En effet toute effraction de la paroi veineuse est à l'origine d'un processus de cicatrisation avec la formation d'une zone de fibrose. La dilatation de la veine fibrosée peut être à l'origine d'une rupture avec un hémothorax. La ponction échoguidée doit être la règle chez ces patients. La dilatation de la veine doit être progressive. Généralement, la rupture veineuse est fatale. La transfusion sanguine et le recours aux drogues vasoactifs sont des traitements symptomatiques. Le pronostic dépend de la quantité du sang perdu et du terrain.

Conclusion : La mise en place d'un cathéter de dialyse chez un hémodialysé chronique n'est pas anodine. Elle doit être réalisée dans une structure capable de prendre en charge des complications fatales. La réalisation d'une échographie veineuse peut diminuer ces complications.

P 293 TROUBLES D'HEMOSTASE APRES RESECTIONS HEPATIQUE ET CONSEQUENCES DE L'UTILISATION DE LA PERIDURALE ANALGESIQUE

S.BENSAFIR : ANESTHESIE REANIMATION CHIRURGICALE EHU ORAN.
A.BOUCHERIT : ANESTHESIE REANIMATION CHIRURGICALE EHUORAN.

Introduction : L'hépatectomie est une chirurgie majeure pour laquelle l'analgésie péridurale est bénéfique sur la morbidité postopératoire. Cependant, une coagulopathie peut fréquemment survenir après une hépatectomie. La pose ou l'ablation (accidentelle même) d'un cathéter péridural dans un contexte de coagulopathie peut être préjudiciable.

Objectif : L'objectif du travail est d'identifier les facteurs prédictifs d'apparition d'une coagulopathie incompatible avec la présence d'un cathéter péridural après hépatectomie.

Méthode : Il s'agit d'une analyse rétrospective monocentrique d'une base de données constituée dans le centre de chirurgie hépatobiliaire et greffe hépatique de l'EHUO incluant les patients autorisés d'une hépatectomie. Les données recueillies sont : âge, sexe, profil de coagulation préopératoire, étendue de l'hépatectomie (majeure si au moins 3 segments réséqués), embolisation, pertes sanguines, remplissage vasculaire, nombre de CGR transfusés en peropératoire, La coagulopathie est définie par : TP < 50 % et/ou plaquettes < 80 G/L. Ces paramètres sont dosés

en préopératoire, à j1 puis au moins une fois toutes les 48 heures jusqu'à j5. Nous avons testé les facteurs de risque potentiel de coagulopathie dans une analyse univariée puis par régression logistique multivariée.

Résultat : 289 patients inclus. 34,8 % ont développé une coagulopathie dans les 5 jours. En analyse univariée, les facteurs prédictifs de coagulopathie sont : TP préopératoire abaissé ($p < 0,0001$ pour $TP < 75\%$, plaquettes abaissées ($p = 0,027$ pour plaquettes < 131 G/l, hépatectomie majeure ($p < 0,0002$), pertes sanguines élevées ($p < 0,0001$ pour pertes > 1000 ml. En analyse multivariée, les facteurs de risque indépendants sont : TP préopératoire abaissé ($p = 0,0173$), hépatectomie majeure ($p = 0,0082$).

Conclusion : La coagulopathie post-hépatectomie est fréquente, identifiée dans 34,8 % des cas. Il existe peu de facteurs de risque indépendants dans notre étude : TP abaissé et hépatectomie majeure. Ceci permet d'élargir les indications d'APD pour les patients présentant une hépatectomie mineure avec TP préopératoire normale.

P 294 A CHALLENGING CASE OF STEVENS-JOHNSEN SYNDROME: THE CLUE FOR CAUSALITY ASSESSMENT IN CRITICALLY ILL PATIENTS RECEIVING MULTIPLE MEDICATIONS.

N.Aloui : Service de Réanimation Médicale CHU Sahloul, Sousse.

R.Ben Dabebiss : Service de Réanimation Médicale CHU Sahloul, Sousse.

A.Mellek : Service de Réanimation Médicale CHU Sahloul, Sousse.

A.Chihaoui : Service de Réanimation Médicale CHU Sahloul, Sousse.

A.Bannour : Service de Réanimation Médicale CHU Sahloul, Sousse.

H.Zouari : Service de Réanimation Médicale CHU Sahloul, Sousse.

S.Chouchene : Service de Réanimation Médicale CHU Sahloul, Sousse.

H.Hmouda : Service de Réanimation Médicale CHU Sahloul, Sousse.

Introduction : Stevens-Johnson syndrome is a serious adverse drug reaction that can be life-threatening. It is a delayed hypersensitivity reaction to medications. Antibiotics, antiepileptics and non-steroidal anti-inflammatory drugs are the most common causes. Diagnosis is challenging when multiples drugs are concomitantly prescribed.

Cas clinique : A 58-year-old male patient was admitted to our intensive care unit for deep coma related to a hemorrhagic stroke and brain herniation. He had a history of poorly monitored arterial hypertension, chronic renal failure, and ischemic stroke three years ago with right sided hemiparesis. He developed on the day of admission generalized tonic-clonic seizures with persistent coma. He was transported to emergency room. He was immediately intubated for gasping. Brain CT scan showed right capsulo-lenticulo-thalamic hematoma and ventricular flooding, subfalcorial and temporal brain herniation. The patient was sedated and mechanically ventilated. Blood pressure was 140/60 mmHg with a HR of 90 bpm. He was febrile at 39°C. During ICU stay he developed a ventilator-acquired pneumonia (VAP), requiring the introduction of a combination of Imipenem-cilastatine and colimycin for 12 days. On D14 of hospitalization, an erythematous rash with blisters appeared in the skin and mucous membranes of the nose and mouth. Liver enzymes, kidney function tests and eosinophils were normal. He was treated with intravenous hydrocortisone. Skin detachment surrounding the mouth and nose remained stable, and did not extend over the body. On D17 of hospitalization, the patient developed pulmonary infection due to candida tropicalis that was treated with fluconazole. Outcome was unfavorable, and the patient progressed to brain death with cardio-respiratory arrest on day 22 of ICU stay. On causality assessment, Imipenem appeared to be the possible causal agent.

Conclusion : Causality assessment in this particular case of Stevens-Johnson syndrome was challenging since multiple potentially harmful drugs were prescribed at the same time. The Naranjo probability scale was extremely helpful in identifying Imipenem- Cilastatine as the offending agent.



Fig 1 : Ulcerations of the oral mucosa

P 295 LA TRANSFUSION SANGUINE EST ELLE UN FACTEUR DE RISQUE DE MORTALITÉ LORS DES RÉSECTIONS HÉPATIQUES

S.BENSAFIR : ANESTHÉSIE RÉANIMATION CHIRURGICALE EHU ORAN.
FZ.TOUHAMI : ANESTHÉSIE RÉANIMATION CHIRURGICALE EHUORAN.

Introduction : le foie n'a cessé de fasciner depuis des siècles par le pouvoir de régénération qui lui est conféré le distinguant des autres organes du corps humain. Depuis une trentaine d'années, la mortalité de la chirurgie hépatique liée au saignement per et post opératoire était en nette diminution grâce à l'amélioration des techniques anesthésiques. et de réanimation postopératoire conjointement aux techniques chirurgicales et aux progrès de l'imagerie, les indications s'étaient élargies tant au niveau des pathologies qu'au niveau des terrains à risque se qui a diminué la mortalité

Objectif : déterminer la nécessité ou non de transfuser lors des hépatectomies

Méthode : Etude descriptive transversale uni centrique au service d'anesthésie réa chirurgie hépatobiliaire et greffe du foie de l'EHU- 1^{er} Novembre 1954 d'Oran. Du 01 Janvier 2012 au 01 Janvier 2020 concernant 249 patients, pris en charge pour Hépatectomies. Les données quantitatives sont exprimées par la moyenne, écart-type, étendue et la médiane. Comparaison qualitative Kruskal Wallis student et Anova.

Résultat : La transfusion de culots globulaires per et post opératoire avec un seuil de 400cc est un critère significatif de morbi- mortalité, Benzoni et Imamura considèrent respectivement que la transfusion peropératoire de 600 ml et la transfusion péri opératoire de 1000 ml est un facteur de risque de mortalité,

Conclusion : Les pertes sanguines per op influencent la récurrence tumorale et la survie des patients. La transfusion de GR altère l'immunité cellulaire, notamment les lymphocytes NK impliqués dans la lutte contre les cellules tumorales. L'amélioration des techniques chirurgicales, la prise en charge anesthésique (limitation du remplissage) diminue le recours à la transfusion. Le clampage pédiculaire limite le saignement. de même pour le clampage intermittent, notamment. Le clampage sélectif. En cas de suintement de la tranche de section parenchymateuse, l'acide tranexamique peut être proposé. Les seuils transfusionnels ne diffèrent pas des pratiques péri opératoires usuelles mais la décision devrait pouvoir être facilitée avec des indicateurs d'oxygénation tissulaire comme la Svo2.

P 296 ACUTE PANCREATITIS INDUCED BY ERTAPENEM : A CASE REPORT

H.Galai : Service de réanimation des brûlés Centre de Traumatologie et des Grands brûlés.
H.Fredj : Service de réanimation des brûlés Centre de Traumatologie et des Grands brûlés.
A.Messaoud : Service de réanimation des brûlés Centre de Traumatologie et des Grands brûlés.
S.Zarrouk : Service de réanimation des brûlés Centre de Traumatologie et des Grands brûlés.
B.Gasri : Service de réanimation des brûlés Centre de Traumatologie et des Grands brûlés.
I.Jami : Service de réanimation des brûlés Centre de Traumatologie et des Grands brûlés.
A.Mokline : Service de réanimation des brûlés Centre de Traumatologie et des Grands brûlés.
A.Messadi : Service de réanimation des brûlés Centre de Traumatologie et des Grands brûlés.

Introduction : In the literature, there are few reported cases of acute drug-induced pancreatitis in burns patients. We report a case of acute pancreatitis secondary to the administration of ertapenem.

Cas clinique : Patient S.N, 10 years old, with no notable pathological history, admitted to our department for extensive burns following domestic accident with a total body surface area of 40%. At day 05, he developed a septic shock for which we started an empirical antibiotic therapy based on an association of ertapenem and colistin. Evolution was initially favorable. On the third day after initiation of antibiotic therapy, the patient developed epigastric pain with mucocutaneous jaundice. On examination, the abdomen was tender. The rest of the examination was normal. In biology, there was cholestasis: total Bilirubin = 345 mmol/l; conjugated bilirubin = 198; alkaline phosphatase = 603 UI/l; gamma GT = 290 UI/l. The lipase level was at 600 UI/l (4 times the normal). The abdominal ultrasound was normal. The diagnosis of acute drug-induced pancreatitis was considered. Ertapenem was incriminated and stopped. And the antibiotic therapy was adjusted based on the bacteriological findings. After stopping the ertapenem, the patient became asymptomatic with a decrease in lipase levels, after 4 days which confirmed the immutability of this drug.

Conclusion : Ertapenem is commonly prescribed in septic burned patients. It may be responsible of acute pancreatitis. So clinical and biological (lipase level) monitoring is recommended.

P 297 FREQUENCY AND BURDEN OF FLUID CREEP IN THE MANAGEMENT OF THE CRITICALLY ILL. A RETROSPECTIVE STUDY.

Radhouane Toumi : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Souha Ghachem : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Houssem Ghorbel : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Emna Ennouri : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Mahdi Mensia : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Khaoula Meddeb : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Imen Ben Saïda : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Mohamed Boussarsar : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Introduction : Fluid management is a critical component in the management of the critically ill. The phenomenon of "fluid creep" (the discrepancy between prescribed and actual fluid intake) has garnered increasing attention for its potential impact on patient outcomes.

Objectif : To assess the frequency and burden of fluid creep within the fluid management of critically ill patients.

Méthode : A retrospective analysis was conducted using surveillance sheets from 9 critically ill patients requiring invasive mechanical ventilation, totalizing 130 surveillance sheets encompassing their entire ICU stay. We examined the prescribed and truly administered daily fluids, including all types of fluid sources, and calculated fluid creep as well as the cumulative fluid balance. The burden of fluid creep was assessed by monitoring trends in P/F ratio.

Résultat : During the study period, 9 patients were screened totalizing 130 ICU-days. Patients' reasons for admission were severe acute exacerbation of COPD, COVID-related ARDS, acute pulmonary edema, severe metabolic alkalosis, hypoglycemic encephalopathy. Median daily prescribed fluid, 3000[2000-4000] ml; true daily fluid intake, 4106[3083-5109] ml; daily fluid creep, 940[417-1670] ml representing 35% more than prescribed fluid. Main sources of daily fluid creep due to unplanned intake were: sedation, 360[119-771] ml; electrolyte-supplementation, 200[135-300] ml; and antibiotics, 100[0-162] ml. Overall cumulative fluid balance per patient's ICU stay ranged from 7809 to 34158 ml. A significant correlation was observed in 2 out of 9 patients between cumulative fluid creep and P/F ratio [R, 0.664; p, 0.045] and [R, 0.676; p, 0.032].

Conclusion : This study revealed large discrepancies between prescribed and true fluid intake, resulting in huge positive cumulative fluid balance with possible correlations to worsened oxygenation.

P 298 SYNDROME D'ENCEPHALOPATHIE POSTERIEURE REVERSIBLE INDUITE PAR LA TOXICITE DE LA PREGABALINE

S.Temani : Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba SAFX.

G.Dabbech : Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba SAFX.

R.Ammar : Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba SAFX.

E.Zouari : Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba SAFX.

N.Baccouch : Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba SAFX.

M.Bahloul : Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba SAFX.

H.Chelly : Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba SAFX.

C.Ben Hamida : Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba SAFX.

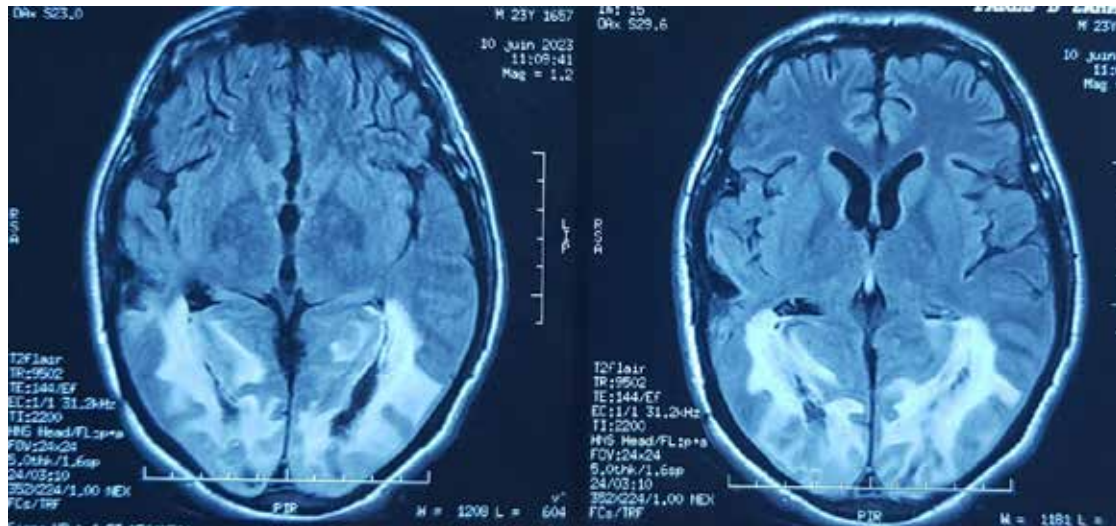
M.Bouaziz : Service de réanimation médicale de Sfax CHU Habib Bourguiba SAFX.

Introduction : Le syndrome d'encéphalopathie postérieure réversible (PRES) est une affection du système nerveux central. Peu de cas ont été induit à la prégabaline. Nous rapportons un PRES induit par la prégabaline chez un patient présentant un syndrome de Guillain barré.

Cas clinique : Il s'agit d'un patient âgé de 23 ans sans antécédents admis pour un syndrome de Guillain barré dans sa forme axonale motrice. Il était quadriplégique nécessitant le recours à la ventilation mécanique invasive puis la trachéotomie. Pour ces douleurs neuropathique il a été mis sous prégabaline 75 mg X 2 puis augmenté à 150 mgX2, tramadol chlorhydrate 100 mg 1cp X 2 et de la morphine. Il a présenté aussi une hypertension artérielle mal équilibrée même sous nicardipine, chlorhydrate de clonidine, amlodipine et méthylidopa. Il faut noter que le patient a présenté

une aggravation de sa fonction rénale suite à une toxicité à la colistine suite à une infection nosocomiale. A J52 il a présenté une baisse brutale de l'acuité visuelle sans altération de son état de conscience. Une IRM faite en urgence a montré des plages pariéto-occipitales bilatérales en hyper signal T2 et Flair sans restriction de la diffusion et sans rehaussement après injection de Gadolinium : un aspect en faveur d'un syndrome d'encéphalopathie postérieur réversible (figure 1). Il a été mis sous antihypertenseurs avec un arrêt de la prégabaline le tramadol chlorhydrate et la morphine. L'évolution clinique a été favorable après 3 jours avec une reprise de l'acuité visuelle.

Conclusion : Nous rapportons un cas rare de PRES précipité par la prégabaline. La reconnaissance de cette association et le traitement précoce du PRES peuvent réduire le risque de troubles neurologiques permanents.



P 299 CARE-INDUCED PAIN IN AN INTENSIVE CARE UNIT: MEDICAL PRACTICE AUDIT

I.Bannour : Anesthésie réanimation EPS Mahdia.
I.Radhouan : Anesthésie réanimation EPS Mahdia.
A.Dahmani : Anesthésie réanimation EPS Mahdia.
M.Zayati : Anesthésie réanimation EPS Mahdia.
H.Attia : Anesthésie réanimation EPS Mahdia.
K.Masmoudi : Anesthésie réanimation EPS Mahdia.
A.Majdoub : Anesthésie réanimation EPS Mahdia.

Introduction : Care-induced pain is often underestimated in intensive care units. It can be a source of chronic pain, anxiety disorders and delayed rehabilitation. Pain assessment and management can reduce these morbidities and optimize our resuscitation.

Objectif : The aim of our study is to describe the various painful treatments in the intensive care unit and to determine the main measures taken to reduce the pain induced.

Méthode : This was a monocentric observational study carried out in our intensive care unit. A questionnaire was sent to the various nursing staff (paramedical team and interns) and to non-sedated patients who could be interviewed. We collected data on the main types of pain experienced by different care providers, as well as the ways in which pain related to care was managed. We calculated frequencies and percentages for qualitative variables, and means, medians and range of extreme values for quantitative variables.

Résultat : Twenty-one nurses and eight doctors took part in the study. Thirty patients completed the questionnaires. According to the paramedical staff, the most painful acts were dressing changes (100%), drain removal (68%), peripheral venous line insertion (72%), probing (78%) and gastric tube insertion (82%). According to medical staff, painful procedures are dominated by the placement of central venous catheters (81%), chest tubes (68%), wound sutures (75%) and peripheral venous lines (72%). Treatment-induced pain was managed with systemic analgesics: paracetamol, ketamine (0.5 - 1 mg/kg), subcutaneous morphine and infiltration with local anesthetics. According to patients, care-induced pain was poorly managed (60%).

Conclusion : Care-induced pain management has been inadequate, and thus requires better assessment and management.

P 300 ONE-YEAR EPIDEMIOLOGY AND BURDEN OF CENTRAL LINE-ASSOCIATED BLOODSTREAM INFECTIONS IN A MEDICAL ICU. A RETROSPECTIVE STUDY.

Radhouane Toumi : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Naima Habbachi : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Asma Rekik : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Ons Hasnaoui : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Emna Ennouri : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Khaoula Meddeb : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Imen Ben Saïda : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Mohamed Boussarsar : Medical Intensive Care Unit, Research Laboratory "Heart Failure", LR12SP09, University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse, Tunisia. Farhat Hached University Hospital, 4000, Sousse, Tunisia..

Introduction : Central line-associated bloodstream infections (CLABSI) represent significant potential and most of all, avoidable, causes of excessive morbi-mortality in intensive care units (ICUs).

Objectif : The aim is to evaluate the epidemiology and burden of CLABSI in a medical ICU over the course of one year.

Méthode : This is a retrospective study conducted from July 2022 to July 2023 analyzing medical records of all patients having had a central venous catheter including SAPS II, diagnosis at admission, number of central line-days, frequency and incidence-density of CLABSI, implicated microorganisms when available, therapeutic interventions, and patient outcomes. CLABSI was defined according to the 2009 Center for Disease Control and Prevention.

Résultat : Over the one-year study period, 134 patients had a central venous catheter during their ICU stay, totaling 1075 central line-days. Eighty-four patients developed fever, 23 were suspected with CLABSI, 10 patients were confirmed with positive blood cultures. Incidence-density was at 9.3/1000 central line days. The mean delay of CLABSI occurrence was $5 \pm 2,9$ days from the insertion of the catheter. The most common incriminated microorganism was *Klebsiella pneumoniae*. In these patients, 100% had received ATBs for 9 ± 6.22 days. LOS, $21 \pm 12,27$ days; mortality, 4(17%).

Conclusion : This study underscores the high incidence-density of CLABSI in medical ICU patients which is a major surrogate of quality performance of healthcare providers and organization. Specific measures aiming to reduce the occurrence of this complication need to be implemented.

P 301 HEMORRHAGIC COMPLICATIONS SECONDARY TO ANTICOAGULATION TREATMENT AMONG COVID-19 ARDS PATIENTS

Amani Ben Messaoud : Réanimation polyvalente Monastir.

Oussama Saadaoui : Réanimation polyvalente Monastir.

Abir Dardour : Réanimation polyvalente Monastir.

Manel Lahmar : Réanimation polyvalente Monastir.

Zeineb Hammouda : Réanimation polyvalente Monastir.

Wiem Nouri : Réanimation polyvalente Monastir.

Saoussen Ben ABDALLAH : Réanimation polyvalente Monastir.

Fahmi Dachraoui : Réanimation polyvalente Monastir.

Lamia Besbes : Réanimation polyvalente Monastir.

Introduction : Because of the frequent association between COVID-19 infection and thromboembolic events in patients hospitalized in the ICU, anticoagulation was often prescribed. Nevertheless, anticoagulation treatment can lead to serious complications such as bleeding.

Objectif : We aimed to describe the characteristics of patients hospitalized with COVID-19 pneumonia who developed a hemorrhagic complication.

Méthode : We conducted a retrospective study between 2020 and 2022 in the Intensive Care Unit (ICU) of the University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir (Tunisia). We included COVID-19 patients aged more than 18 years admitted to ICU for severe ARDS due to SARS-COV2.

Résultat : During the study period, 433 patients were admitted to our ICU for COVID-19 ARDS. The majority were male (66.7%). Mean age was 59.6 ± 13 years. Obesity was found among 38.3% of patients. Median SAPSII was 29 (Interquartile range (IQR) : 23.7- 35).

Median APACHE was 6 (IQR : 9-12). The mean SOFA score was 3 (IIQ : 3 – 4). Median length of stay was 10 (IQR : 6-14) days. Invasive Mechanical ventilation was required in 43.3% of patients. In total, 20 patients presented hemorrhagic complications secondary to anticoagulation (5%). Among them, 60% were male. Their mean age was 65.6 ± 11 years. Regarding COVID-19 disease, 60% of the patients had moderate to severe lung injury. All patients received anticoagulation, of which 90% was preventive. Low molecular weight heparin was prescribed in almost all patients (80%). Out of the 20 cases, 9 patients had a digestive hemorrhage (45%), one patient had a muscle hematoma (5%) and one patient had a retroperitoneal hematoma (5%). Other patients had minor complications (epistaxis, gingivorrhage or ecchymosis). Only one patient presented a hemorrhagic shock and 8 patients presented a deglobulation without hemodynamic repercussions. No patient had interventional treatment, and 40% required transfusion. Eighty percent of patients died secondary to septic shock or refractory hypoxemia.

Conclusion : The prevalence of hemorrhagic complications among COVID-19 patients was low in our study. They are dominated by severe digestive hemorrhage and epistaxis. Other studies should be conducted to assess the risk-benefit ratio of this treatment among COVID-19 patients known by their state of hypercoagulability.

P 302 NEPHROTOXICITE INDUITE PAR LA COLIMYCINE CHEZ LE BRULE: ETUDE DESCRIPTIVE

S.Ben Massoud : Service de réanimation des brûlés CTGB.

H.Fredj : Service de réanimation des brûlés CTGB.

M.Cheikhrouhou : Service de réanimation des brûlés CTGB.

L.Debbiche : Service de réanimation des brûlés CTGB.

A.Mokline : Service de réanimation des brûlés CTGB.

AA.Messadi : Service de réanimation des brûlés CTGB.

Introduction : L'incidence de la Néphrotoxicité due à la colimycine varie de 30 à 47% selon la littérature. cette complication reste peu étudiée chez les brûlés.

Objectif : Décrire la fréquence de la néphrotoxicité liée à la colimycine chez le brûlé et les caractéristiques épidémiologiques et évolutives des patients brûlés traités par colimycine.

Méthode : Etude rétrospective menée au service de réanimation des brûlés, sur une période de 6 mois : janvier 2023-juin 2023. Ont été inclus les patients ayant reçu un traitement par la colimycine pendant au moins 48h. Les critères d'exclusion : les patients ayant une insuffisance rénale au moment de l'introduction de la colimycine, les patients non brûlés, les enfants et les femmes enceintes. La néphrotoxicité était définie selon les critères de RIFLE. L'imputabilité de la colimycine était retenue devant l'apparition de la Néphrotoxicité 48h après l'utilisation de cette molécule et sa réversibilité à l'arrêt du traitement ou la diminution des doses.

Résultat : Quarante-sept patients ont reçu de la colimycine durant la période d'étude dont 35 patients ont été inclus. L'âge moyen était de 36 ans. Le sex-ratio était de 2.9. Les scores IB et ABSI moyens étaient respectivement de 76 et 13. Quatre patients étaient diabétiques (9%) et deux patients étaient hypertendus (5.7%). La SCB moyenne était de 40%. La majorité des brûlures étaient thermiques (n=31, 91%). 29% des patients étaient en état de choc à l'admission (n=10), dont 70% sont d'origine hypovolémique. Les marqueurs biologiques de l'hypovolémie à l'admission étaient fréquents ; l'hémoconcentration (n=23, 65%), l'acidose métabolique (n=13, 37%) et l'insuffisance rénale (n=8, 23%). La prescription de la colimycine était empirique dans 66% des cas et adaptée dans 34% des cas pour sepsis à *acinetobacter baumannii* dans tous les cas. La colimycine a été utilisée en association à une carbapénème dans 60% des cas. La néphrotoxicité a été observée chez 11 patients soit une fréquence de 31% avec un délai de survenue moyen de 4 jours [2 ; 7]. 5 patients étaient au stade 1 de RIFLE, et 5 patients au stade 2. La moyenne de la 'peak creatinine' était de 106 micromol/L. La mortalité était de 38%. En étude univariée, la néphrotoxicité est identifiée comme un facteur de risque de mortalité. (p=0.001).

Conclusion : L'incidence de la néphrotoxicité induite par la colimycine est élevée de l'ordre de 30%. Elle est associée à une surmortalité.

P 303 FACTEURS PREDICTIFS DE LA SURVENUE DE NEPHROTOXICITE LIEE A LA COLIMYCINE CHEZ LE BRULE

S.Ben Massoud : Service de réanimation des brûlés CTGB.
H.Fredj : Service de réanimation des brûlés CTGB.
M.Cheikhrouhou : Service de réanimation des brûlés CTGB.
S.Zarrouk : Service de réanimation des brûlés CTGB.
A.Mokline : Service de réanimation des brûlés CTGB.
AA.Messadi : Service de réanimation des brûlés CTGB.

Introduction : Plusieurs facteurs de risque de néphrotoxicité induite par la colimycine sont décrits dans la littérature comme une durée de traitement longue et son association à d'autres médicaments néphrotoxiques.

Objectif : Déterminer les facteurs prédictifs de la néphrotoxicité induite par la colimycine chez les patients brûlés

Méthode : Etude rétrospective menée au service de réanimation des brûlés, sur une période de 6 mois : janvier 2023-juin 2023. Ont été inclus les patients ayant reçu un traitement par la colimycine pendant au moins 48h. Les critères d'exclusion : les patients ayant une insuffisance rénale au moment de l'introduction de la colimycine, les patients non brûlés, les enfants et les femmes enceintes. La néphrotoxicité était définie selon les critères de RIFLE. L'imputabilité de la colimycine était retenue devant l'apparition de la Néphrotoxicité 48h après l'utilisation de cette molécule et sa réversibilité à l'arrêt du traitement ou la diminution des doses.

Résultat : Quarante-sept patients ont reçu de la colimycine durant la période d'étude dont 35 patients ont été inclus. L'âge moyen était de 36 ans. Le sex-ratio était de 2.9. Le score IB moyen était de 76. Quatre patients étaient diabétiques (9%) et deux patients étaient hypertendus (5.7%). La SCB moyenne était de 40%. Les brûlures étaient thermiques dans 91% des cas (n=31) et électriques dans 9% des cas (n=4). Vingt-trois patients étaient en hypovolémie à l'admission : 7 patients en état de choc hypovolémique, avec des marqueurs biologiques d'hypovolémie; l'hémoconcentration (65%), l'acidose métabolique (37%) et l'insuffisance rénale (23%). La colimycine était prescrite en association à une carbapénème chez 21 patients (60%) et à la teicoplanine chez 4 patients (11%). La durée de traitement moyenne était de 8 jours. Cinq patients ont eu au moins une injection de produit de contraste. La Néphrotoxicité a été identifiée chez 11 patients (31%). L'analyse univariée a permis de ressortir les facteurs prédictifs de la néphrotoxicité : l'indice de baux ($p=0.017$), l'électrisation à haut voltage ($p=0.025$), l'injection de produit de contraste ($p<10^{-3}$) et l'hypovolémie à l'admission : l'hémoconcentration initiale ($p=0.05$) et l'acidose métabolique ($p=0.007$). Un indice de baux supérieur à 76 était associé significativement à la survenue de la Néphrotoxicité sous colimycine. ($p=0.017$, AUC=0.745, IC [0.596 ; 0.912], Se=64%, Sp=70%).

Conclusion : Les facteurs prédictifs de survenue de la néphrotoxicité due à la colimycine identifiés dans notre étude sont l'électrisation à haut voltage, l'hypovolémie à l'admission et l'injection de produit de contraste.

P 304 SYNDROME DE LYEEL SECONDAIRE À UNE INTOXICATION AU MÉTHOTREXATE : A PROPOS D'UN CAS.

M. Abdelkrim : Réanimation des brûlés Centre de traumatologie et des grand brûlés de Ben AROUS.
H.Fredj : Réanimation des brûlés Centre de traumatologie et des grand brûlés de Ben AROUS.
L.Debbiche : Réanimation des brûlés Centre de traumatologie et des grand brûlés de Ben AROUS.
H. Chaabouni : Réanimation des brûlés Centre de traumatologie et des grand brûlés de Ben AROUS.
M.Chérif : Réanimation des brûlés Centre de traumatologie et des grand brûlés de Ben AROUS.
B.Gasri : Réanimation des brûlés Centre de traumatologie et des grand brûlés de Ben AROUS.
I.Jami : Réanimation des brûlés Centre de traumatologie et des grand brûlés de Ben AROUS.
A. Mokline : Réanimation des brûlés Centre de traumatologie et des grand brûlés de Ben AROUS.
AA. Messadi : Réanimation des brûlés Centre de traumatologie et des grand brûlés de Ben AROUS.

Introduction : Le méthotrexate est responsable de plusieurs effets indésirables essentiellement hématologiques et hépatiques. La toxicité dermatologique est rare. Peu de cas ont été décrits dans la littérature.

Cas clinique : Monsieur A., 75 ans, aux antécédents de diabète et de psoriasis vulgaire sous méthotrexate 1 cp/j admis pour prise en charge d'une dermatose bulleuse. Le patient a ingéré 6 cp/j (15mg) pendant 3 jours de suite par faute. Quatre jours plus tard, il a développé des lésions cutanées bulleuses étendues rapidement progressive avec apparition d'un décollement cutané associés à une atteinte muqueuse. A l'admission, le patient était stable; subfébrile à 38,2 ; il avait des lésions ulcéreuses au niveau des muqueuses buccale et génitale associée à une atteinte cutanée à type de décollement estimé à 30% de la surface corporelle. Le signe de Nikolsky était positif. A la biologie, il avait une pancytopénie (leucopénie à 460 éléments/mm³, anémie à 11 g/dl, thrombopénie à 10200 éléments/mm³). Par ailleurs, les bilans rénal et hépatique étaient normaux. Le diagnostic de syndrome de Lyell a été retenu selon les

critères de Bastuji-Garin secondaire à une intoxication au méthotrexate. La biopsie cutanée n'a pas été réalisée vu la thrombopénie. La prise en charge était symptomatique avec les mesures standard de réanimation. Des soins locaux ont été réalisés avec un pansement à l'argent pour les lésions cutanées. L'évolution a été marquée par la survenue d'un état de choc septique à porte d'entrée cutanée à J2 de prise en charge avec décès à J3.

Conclusion : L'atteinte dermatologique secondaire à l'intoxication au méthotrexate est grave. Le traitement est essentiellement symptomatique. La sensibilisation des patients âgés et leurs familles sur le respect des doses prescrites est essentielle pour éviter cette complication.



P 305 STÉNOSE TRACHÉALE : UNE COMPLICATION REDOUTABLE DE L'INTUBATION ORO-TRACHÉALE

Y.Kharat : Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghouan.
F.Essafi : Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghouan.
N.Ben Slimene : Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghouan.
K.Ben Ismail : Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghouan.
G.Kharat : Service otorhinolaryngologie Hôpital Mohamed Taher Maamouri Nabeul.
S.Ferchichi : Service otorhinolaryngologie Hôpital Mohamed Taher Maamouri Nabeul.
I.Talik : Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghouan.
M.Kharat : Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghouan.
T.Merhabene : Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghouan.

Introduction : La sténose trachéale est une complication redoutable de la ventilation mécanique invasive. Son incidence est sous- estimée, surtout si les symptômes apparaissent après la sortie de la réanimation. La prévention et le traitement précoce restent un sujet d'actualité.

Objectif : L'objectif de notre étude était de décrire les données cliniques, thérapeutiques et évolutives des patients dont le séjour s'est compliqué d'une sténose trachéale.

Méthode : Il s'agissait d'une étude descriptive rétrospective menée au sein d'un service de réanimation en Tunisie entre Janvier 2019 et Août 2023. Ont été inclus tous les patients hospitalisés intubés chez lesquels nous avons objectivé une sténose trachéale au cours de leur séjour en réanimation ou lors du suivi à la consultation externe. Ont été recueillies les données démographiques, thérapeutiques et évolutives des patients.

Résultat : Nous avons objectivé 10 sténoses trachéales durant la période de l'étude. L'âge moyen était de 46,1±20,3 ans. Les scores de gravité à l'admission étaient : une médiane du score IGSII à 31,5 [10-55] et une médiane du score APACHE II à 11 [0-26]. Sept patients avaient des comorbidités à type de diabète et/ou hypertension artérielle et quatre avaient des antécédents respiratoires. Les motifs d'hospitalisation étaient par ordre de fréquence : une insuffisance respiratoire aiguë chez 6 patients, un traumatisme crânien grave chez 2 patients, un état de mal épileptique et une intoxication aiguë. Les durées médianes de ventilation mécanique invasive, sédation et séjour en réanimation étaient respectivement de 9 jours [5-23], 5 jours [2-20] et 13 jours [10-26]. Un sevrage difficile avec recours à la trachéotomie était nécessaire chez 6 patients. Une seule sténose a été découverte au cours de l'hospitalisation et neuf ont été diagnostiquées lors du suivi en post-réanimation. Tous les patients ont bénéficié d'un scanner cervical et d'une naso-fibroscopie bronchique et traités secondairement par corticothérapie systémique. Le traitement chirurgical a été indiqué chez huit patients (trois décanulés actuellement), un patient a eu un traitement par laser avec dilatation percutanée et la mise en place d'une prothèse trachéale a été réalisée chez un seul patient.

Conclusion : La sténose trachéale est une complication possible de l'intubation orotrachéale. Son pronostic péjoratif peut être à l'origine de l'issue fatale de certains patients. L'amélioration des modalités de surveillance reste la meilleure prévention.

P 306 NECROLYSE EPIDERMIQUE TOXIQUE CHEZ LE SUJET AGE

Amal Aloui : Réanimation médicale Centre de Traumatologie et des Grands Brûlés de Ben Arous- Tunisie.
Hana Fredj : Réanimation médicale Centre de Traumatologie et des Grands Brûlés de Ben Arous- Tunisie.
Sara zarrouk : Réanimation médicale Centre de Traumatologie et des Grands Brûlés de Ben Arous- Tunisie.
Imen Jami : Réanimation médicale Centre de Traumatologie et des Grands Brûlés de Ben Arous- Tunisie.
Gasri Bahija : Réanimation médicale Centre de Traumatologie et des Grands Brûlés de Ben Arous- Tunisie.
Amel Mokline : Réanimation médicale Centre de Traumatologie et des Grands Brûlés de Ben Arous- Tunisie.
Amen Allah messaadi : Réanimation médicale Centre de Traumatologie et des Grands Brûlés de Ben Arous- Tunisie.

Introduction : La nécrolyse épidermique toxique (NET) est un syndrome cutanéomuqueux qui peut se voir à tout âge responsable de réactions de type idiosyncrasique avec des manifestations systémiques grave surtout chez le sujet âgé.

Objectif : L'objectif de cette étude était de décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et évolutives des sujets âgés hospitalisés dans le service de réanimation des brûlés pour prise en charge de syndrome de Lyell

Méthode : Etude rétrospective et descriptive menée au sein du service de Réanimation des grands brûlés sur une période de 10 ans (2013- 2023) incluant tous les patients âgés de plus de 65 ans admis pour Syndrome de Lyell. Ont été exclus les patients dont les dossiers sont inexploitables.

Résultat : Cinquante patients ont été admis pour syndrome de Lyell, 16 patients étaient âgés de plus de 65 ans. L'âge moyen était de 72 [65 ; 90] ans. Le genre-ratio était de 0,6. Tous les patients avaient des antécédents pathologiques : une goutte (n=8), des pathologies neurologiques (n=6) et un diabète (n=2) La polymédication était observée chez

15 patients et l'automédication chez 5 patients. Les médicaments le plus souvent incriminés étaient : l'allopurinol (n=8), les anticonvulsivants (n=6) et les antibiotiques (n=2). L'indication de la prise médicamenteuse était le traitement de la goutte chez 8 patients et des crises convulsives chez 6 patients. Le délai moyen entre la première prise médicamenteuse et l'apparition des premiers signes cliniques était de 9,5 [1 ;45] jours. Le SCORTEN moyen était égale à 5. L'atteinte muqueuse était observée chez tous les patients. Le décollement cutané moyen était de 46 ± 15 %. Des manifestations systémiques étaient notées chez 15 patients à type de polygnée (n= 12), SDRA (n=4), état de choc hémodynamique (n=6) et insuffisance rénale (n=5). Le recours à la ventilation mécanique était indiqué chez 12 patients avec une durée moyenne de ventilation de 5 jours. L'évolution a été marquée par la survenue de complications infectieuses chez tous les patients. La durée moyenne d'hospitalisation était de 9 jours. Le décès est survenu chez 12 patients

Conclusion : La NET représente une dermatose bulleuse grave chez le sujet âgé avec un pronostic réservé. La sensibilisation de la population sur les risques liés à l'automédication et des médecins aux risques des prescriptions médicamenteuses irréflechies reste le meilleur moyen de prévention

P 307 SYNDROME DE LYEEL SECONDAIRE A LA PRISE DES ANTICONVULSIVANT

Amal Aloui : Reanimation médicale Centre de Traumatologie et des Grands Brûlés de Ben Arous- Tunisie.

Hana Fredj : Reanimation médicale Centre de Traumatologie et des Grands Brûlés de Ben Arous- Tunisie.

Lilya Debbiche : Reanimation médicale Centre de Traumatologie et des Grands Brûlés de Ben Arous- Tunisie.

Imen Jami : Reanimation médicale Centre de Traumatologie et des Grands Brûlés de Ben Arous- Tunisie.

Gasri bahija : Reanimation médicale Centre de Traumatologie et des Grands Brûlés de Ben Arous- Tunisie.

Amel Mokline : Reanimation médicale Centre de Traumatologie et des Grands Brûlés de Ben Arous- Tunisie.

Amen Allah messaadi : Reanimation médicale Centre de Traumatologie et des Grands Brûlés de Ben Arous- Tunisie.

Introduction : Le syndrome de Lyell est une réaction cutanée sévère et potentiellement mortelle qui peut être déclenchée par certains médicaments, y compris les anticonvulsivants

Objectif : L'objectif de cette étude était de décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives des patients hospitalisés dans le service de réanimation des brûlés pour prise en charge de syndrome de Lyell secondaire à la prise des anticonvulsivants.

Méthode : Une étude rétrospective et descriptive menée au sein du service de Réanimation des grands brûlés sur une période de 10 ans (Janvier 2013- Décembre 2022) et colligeant tous les cas de Syndrome de Lyell secondaire à la prise des anticonvulsivants qui ont été hospitalisés. Ont été exclus les patients dont les dossiers sont non exploitables pour manque de données.

Résultat : Cinquante patients ont été admis pour syndrome de Lyell dont 18 étaient secondaires à la prise des anticonvulsivants. Le genre-ratio (H/F) était de 0,52. L'âge moyen était de $41 \text{ ans} \pm 15$. 17 des patients avaient des antécédents pathologiques. 10 patients avaient des antécédents neurologiques et 4 avaient des antécédents psychiatriques. La polymédication a été observée chez 13 patients. L'automédication a été observée chez 1 patient. L'indication de la prise médicamenteuse a été le traitement des convulsions chez 17 cas. Le délai entre la première prise médicamenteuse et l'apparition des premiers signes cliniques variait de 1 à 45 jours avec une moyenne de 11,4 jours. 17 patients étaient transférés secondairement, dans un délai de 10,2 jours. Des prodromes avaient précédé les signes cliniques dans 16 cas. Les anticonvulsivants incriminés étaient : la Carbamazépine (n=7), le Phénobarbital (n=6) et la Lamotrigine (n=5). Le décollement cutané moyen était de $42\% \pm 16,4\%$. L'atteinte muqueuse était observée chez tous les patients. Des manifestations systémiques étaient notées chez 13 patients. La prise en charge comportait des mesures générales et des soins cutanéomuqueux chez tous les malades. La durée moyenne d'hospitalisation a été de 14,56 jours. L'évolution était favorable chez 8 patients soit avec un délai de cicatrisation inférieur à 3 semaines chez 6 patients. Les complications étaient dominées par les infections (n=16) principalement cutanées. 12 patients ont présenté une détresse respiratoire nécessitant le recours à la ventilation mécanique chez 10 patients. 10 patient décédés pour un score de scorten moyen de 4.

Conclusion : La NET liée à la prise des anticonvulsivants est une complication grave, grevée d'une morbi-mortalité importante. Le traitement reste essentiellement symptomatique, analogue à celui des brûlures graves.

P 308 FLUCONAZOLE-INDUCED CONCOMITANT LEUCOPENIA AND THROMBOCYTOPENIA: CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW.

Chihaoui Abir : Réanimation médicale Hopital Sahloul.
Rafila ben Dabebiss : Réanimation médicale Hopital Sahloul.
Aloui Nada : Réanimation médicale hopital Sahloul.
Mallek Abdelkader : Réanimation médicale Hopital Sahloul.
Bannour Amine : Réanimation médicale Hopital Sahloul.
Zouari Hajer : Réanimation médicale Hopital Sahloul.
Chouchene Salma : Réanimation médicale Hopital Sahloul.
Hmouda Houssein : Réanimation médicale Hopital Sahloul.

Introduction : Fluconazole is widely used as a first-line antifungal agent. Its preference is based on its reputation of inducing fewer adverse events compared to amphotericin B. We report a rare case of Fluconazole-induced concomitant leucopenia and thrombocytopenia.

Cas clinique : A 44-year-old patient, with a history of type 2 diabetes, on oral antidiabetic agents, brain surgery for a tumor 20 years ago, followed by radiotherapy, resulting in epilepsy managed with Depakine and Urbanyl, was admitted to our medical ICU for status epilepticus, complicated by aspiration pneumonia and requiring mechanical ventilation. During his ICU stay, the patient developed invasive pulmonary candidiasis caused by Fluconazole-sensitive *Candida albicans*, justifying the initiation of IV Fluconazole on day 14 of ICU stay. An initial loading dose of 400 mg was given, with a maintenance dosage of 200 mg per day. At the onset of treatment, the platelet count was 262,000/mm³, and the white blood cell count (WBC) was 4,100/mm³. One week after initiation of therapy the patient's laboratory results showed bicytopenia: platelet count at 38,000/mm³ and white blood cell count at 2,800/mm³. Drug-induced agranulocytosis and thrombocytopenia were suspected. Heparin was temporarily discontinued. Heparin induced thrombocytopenia was ruled out by normal anti-pf4 antibody level. Faced with the progressive decline in platelet count, reaching a minimum of 11,000/mm³, the patient underwent two platelet transfusion episodes. Concurrently, WBC continued to decline, reaching a nadir of 2,400/mm³.

Fluconazole was discontinued after 14 days of treatment. One week following Fluconazole withdrawal, we observed a recovery in platelet count and WBC, returning to normal levels by day 9 of Fluconazole discontinuation. A cause and effect relationship was therefore established between Fluconazole and the observed bicytopenia.

Conclusion : Hematological abnormalities induced by fluconazole are rare, with only a few cases reported in the literature. Our case report underlines the importance of remaining vigilant regarding uncommon drug-induced hematological disorders and emphasizes the necessity of promptly identifying the causative agent.

P 309 STENOSES TRACHEALES POST INTUBATION: PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE ET FACTEURS DE RISQUE

C.Zghab : Anesthésie Réanimation hôpital Charles Nicolle.
H.Ben Fredj : Anesthésie Réanimation hôpital Charles Nicolle.
N.Hazgui : Anesthésie Réanimation hôpital Charles Nicolle.
M.Rahoui : Anesthésie Réanimation hôpital Charles Nicolle.
A.Hafiane : Anesthésie Réanimation hôpital Charles Nicolle.
S.Ghedira : Anesthésie Réanimation hôpital Charles Nicolle.

Introduction : La sténose trachéale post intubation, quoique rare, reste une complication sévère de la ventilation mécanique responsable d'une morbi-mortalité importante. La détection des facteurs prédisposants ainsi que les groupes de patients à risque semble être indispensable pour prévenir cette complication.

Objectif : Détermination du profil épidémiologique et des facteurs favorisants la survenue d'une sténose trachéale post intubation

Méthode : Étude rétrospective menée au service de chirurgie sur une période de 4 ans (2018- 2023). Ont été inclus les patients opérés pour sténose trachéale. Le diagnostic de sténose trachéale était suspecté devant des signes respiratoires (dyspnée, stridor...), et confirmé par un bilan endoscopique (trachéoscopie) et/ou radiologique (TDM trachéale)

Résultat : L'étude a colligé 33 cas de sténose trachéale post intubation, il s'agissait de 8 femmes (24.2%) et de 25 hommes (75,7%), âgés de 4 à 72 ans. Parmi ces patients 16 étaient sans antécédents particuliers (48%) et 19 étaient grands tabagiques (57%) 100% de ces patients étaient intubés dans un contexte d'urgence. Les causes traumatiques et en particulier le traumatisme crânien, était la cause la plus fréquente des intubations soit 33.4% des cas. En deuxième position on retrouve les causes médicales qui sont dominées par les infections COVID (12%) et l'état de mal

épileptique (9%) La durée moyenne de la ventilation mécanique était de 15 jours avec des extrêmes allant de 3 à 22 jours. La sténose était secondaire à une trachéotomie dans 43% des cas. La durée moyenne de trachéotomie était de 28 jours. Le diagnostic a été suspecté devant l'apparition chez ces patients d'une dyspnée inspiratoire. Le délai moyen d'apparition des symptômes était de 17 jours avec des extrêmes allant d'une détresse apparue immédiatement jusqu'à 2 mois post extubation ou décanulation La TDM cervicale a été réalisée dans 91% des cas. Elle permettait de confirmer le diagnostic, préciser le siège, l'étendue et le diamètre de la sténose.

Conclusion : La sténose trachéale post intubation est une complication redoutable de la ventilations mécanique. L'intubation dans un contexte d'urgence et une durée de ventilation mécanique supérieure à 7 jours semblent être les principaux facteurs favorisant de la survenue de cette complication

P 310 LE SYNDROME D'HYPERSENSIBILITÉ MÉDICAMENTEUSE OU DRESS À LA SALAZOPYRINE : À PROPOS D'UN CAS.

S.Khabouchi : Services des Urgences Hopital Charles Nicolle.

A.Ncibi : Services des Urgences Hopital Charles Nicolle.

S.Ouerghi : Services des Urgences Hopital Charles Nicolle.

S.Othmani : Services des Urgences Hopital Charles Nicolle.

A.Jendoubi : Services des Urgences Hopital Charles Nicolle.

D.Hosni : Services des Urgences Hopital Charles Nicolle.

S.Jouini : Services des Urgences Hopital Charles Nicolle.

Introduction : Les toxidermies sont des formes iatrogènes à expression cutanée-muqueuse dont la gravité est liée à la défaillance organique associée. Nous rapportons le cas d'une femme de 32 ans traitée par Salazopyrine pour une colite ulcéreuse, qui a développé un syndrome DRESS.

Cas clinique : Une patiente de 32 ans a été hospitalisée pour une éruption prurigineuse généralisée dans un contexte de fièvre. On lui a récemment diagnostiqué une colite ulcéreuse et un traitement à base de salazopyrine et de chlordiazépoxide de clidinium a été instauré. Le patient était stable à l'évaluation clinique avec des paramètres respiratoires, hémodynamiques et neurologiques corrects. L'examen cutané a révélé une éruption maculaire érythémateuse généralisée, n'affectant ni les paumes ni la plante des pieds, sans atteinte muqueuse, accompagnée de fièvre. Les examens de laboratoire ont montré une leucocytose de 25 280 cellules/mm³ avec une éosinophilie de 2 560 cellules/mm³ et une cytolysé hépatique 17 fois supérieure à la valeur normale. Les résultats des prélèvements bactériologiques et les données cliniques ne suggèrent aucune infection récente. Le RegisCAR pour DRESS était de 7 points, très évocateur du diagnostic de syndrome DRESS. Compte tenu de l'atteinte hépatique, une corticothérapie a été instaurée et les signes cliniques se sont améliorés au 13^{ème} jour avec atténuation des signes cutanés et normalisation de la fonction hépatique et des éosinophiles en 5 semaines. D'autres diagnostics différentiels, notamment les maladies infectieuses, les maladies systémiques et la photosensibilité, ont été envisagés mais exclus. Une évolution favorable a été constatée et la Salazopyrine a été définitivement arrêtée.

Conclusion : Le syndrome DRESS représente une forme de toxidermie pouvant entraîner de graves atteintes viscérales, notamment hépatiques et rénales. L'instauration précoce d'une corticothérapie avec arrêt de la molécule incriminée améliore le pronostic des patients.

P 311 MYOCARDITE AIGUE SECONDAIRE A L'ADMINISTRATION DE L'ADRENALINE : A PROPOS D'UN CAS

I.Trabelsi : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte.

A.Ben Hammed : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte.

J.Guissouma : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte.

H.Allouche : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte.

H.Benali : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte.

FZ.Gamara : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte.

H.Brahmi : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte.

M.Samet : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte.

H.Ghadhoun : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte.

Introduction : La myocardite est une inflammation du myocarde causée, la plupart du temps, par une infection virale. Dans de rares cas, elle est la conséquence d'une réaction toxique d'une médication. Nous rapportons le cas d'une myocardite secondaire à une injection d'adrénaline.

Cas clinique : Il s'agit d'un patient âgé de 17ans, aux antécédents de sclérose en plaque. Il a consulté les urgences pour un malaise associé à des vertiges et des vomissements suite à une piqure d'abeille. Il n'avait pas d'atteinte

cutanéomuqueuse ni respiratoire. Par ailleurs, son état hémodynamique était stable. Aux urgences, il a reçu de l'hydrocortisone et de l'adrénaline en intraveineux. Après l'injection, le patient a présenté des douleurs thoraciques type constrictive rétro-sternale avec une détresse respiratoire. Il était polypneïque à 40 cycles/min, il avait des signes de lutte respiratoire avec une désaturation à l'air ambiant à 80%. Il s'agissait d'un tableau d'œdème aigu pulmonaire hémodynamique secondaire à un syndrome coronarien aigu avec des troponines positives. Ce diagnostic était retenu devant les douleurs thoraciques typiques, le sous-décalage en inféro-latéral avec des images en miroir en antéro-septo-apical, les signes de surcharge pulmonaire à la radiographie de thorax (figure), et les troponines ultra-sensibles élevées à 23376 ng/ml. L'échographie-trans-thoracique a objectivé une hypo-kinésie des parois inférieure et inféro-latérale avec FEVG à 50%.

Devant l'insuffisance respiratoire aiguë, le patient était admis en réanimation. Il a bénéficié d'une seule séance de ventilation non invasive. Il a été mis sous diurétiques : Furosémide 40mg/j et sous traitement anti ischémique. L'évolution était favorable avec sevrage de l'oxygène, disparition des douleurs thoraciques concomitante à une baisse de la cinétique des troponines. A J 2 d'hospitalisation, une IRM cardiaque a été faite objectivant les signes en faveur de myocardite aiguë.

Conclusion : La myocardite aiguë décrite dans notre cas était à la suite d'une injection d'un hyperadrénergique exogène dans un contexte de réaction anaphylactique. L'adrénaline pourrait donc avoir une toxicité directe sur les cellules myocardiques via un mécanisme catécholaminergique.

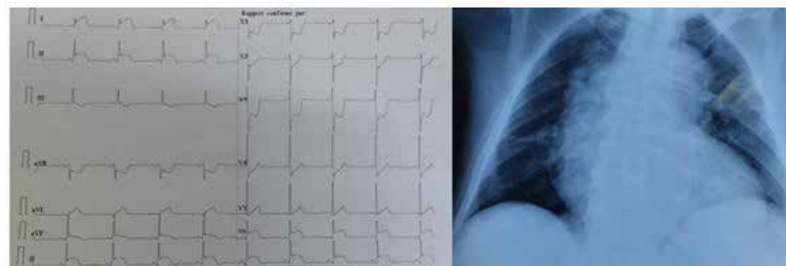


Figure : L'électrocardiogramme et la radiographie du thorax à l'admission

P 312 IATROGENIE EN REANIMATION : INCIDENCE ET IMPACT SUR LE PRONOSTIC

Emna Rachdi : Réanimation médicale Abderrahman Mami.
S.SALLAOUTI : Réanimation médicale Abderrahman Mami.
N.BEN MRAD : Réanimation médicale Abderrahman Mami.
F.Jarraya : Réanimation médicale Abderrahman Mami.
S.AYED : Réanimation médicale Abderrahman Mami.
M.BESBES : Réanimation médicale Abderrahman Mami.
A.JAMOUSSI : Réanimation médicale Abderrahman Mami.
J.BEN KHELIL : Réanimation médicale Abderrahman Mami.

Introduction : Les unités de réanimation sont à haut risque d'événements iatrogènes (EI) du fait du nombre important d'activités effectuées, de la complexité des procédures diagnostiques et thérapeutiques ainsi que l'état précaire des patients hospitalisés.

Objectif : Déterminer l'incidence des EI en milieu de réanimation, leurs types et l'impact de leur survenue sur le pronostic.

Méthode : Etude prospective, observationnelle et analytique réalisée entre le 16 février et le 15 mars 2023. Ont été inclus tous les patients ayant été hospitalisés pendant plus de 24 heures en réanimation. Ont été exclus les patients qui ont eu un EI à domicile ou dans un autre service ou établissement ainsi que sont décédés durant les premières 24 heures d'hospitalisation. A l'insu du personnel soignant, un recueil des EI a été réalisé sur des fiches comprenant les caractéristiques socio-démographiques et cliniques qui ont été analysés par la suite.

Résultat : Durant la période d'étude, 58 patients ont été hospitalisés au service de réanimation dont 26 patients étaient concernés par les EI, soit une incidence de 44,8%. Pour ces derniers, 109 EI ont été recensés, soit une moyenne de 4 EI par patient (minimum de 2, maximum de 7). L'âge moyen de la population étudiée était de $59,96 \pm 16,88$ ans, avec un genre ratio de 1,8. L'hypertension artérielle, le diabète et les antécédents respiratoires étaient les comorbidités les plus recensées. Quarante-six (42%) EI étaient associés à un geste procédural dominés par la pose de sonde vésicale

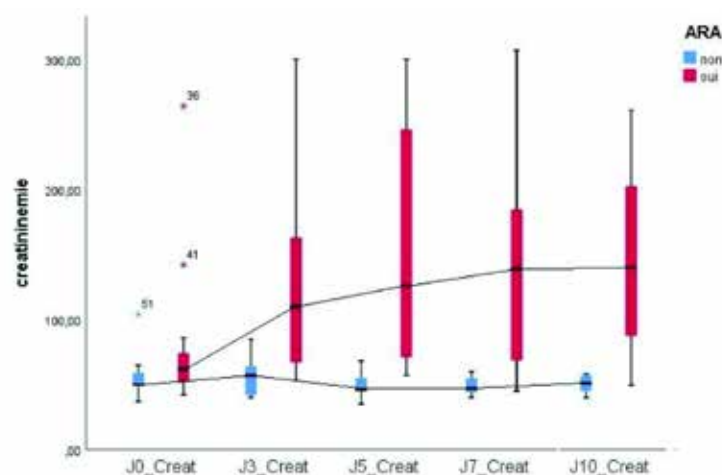


Figure 1 : Comparaison de la cinétique de la créatininémie sanguine de J0 à J10 entre les deux groupes de l'étude
ARA : Agression rénale aiguë

P 314 BEVACIZUMAB AND DIGITAL ISCHEMIA: AN UNUSUAL CASE PRESENTATION

Sonia BEN ALI : A/R HMPIT.
Sana BOUGHARIOU : A/R HMPIT.
Hichem CHERIF : A/R HMPIT.
Aicha Rebai : A/R HMPIT.
Imen NAAS : A/R HMPIT.
Walid SAMOUD : A/R HMPIT.
Ines LAJNAF : Oncologie HMPIT.
Sana FENDRI : Oncologie HMPIT.
Mohamed ZAKRAOUI : A/R HMPIT.
Walid SELLAMI : A/R HMPIT.
Hedi GHARSALLAH : A/R HMPIT.
Iheb LABBENE : A/R HMPIT.
Mustapha FERJANI : A/R HMPIT.

Introduction : In ovarian cancer treatment, bevacizumab, a monoclonal antibody targeting VEGF, enhances survival when combined with other molecules after radical resection. It's initially administered and may continue if tolerated, with vigilant monitoring for arterial thromboembolism, a potential side effect.

Cas clinique : This is a 62-year-old patient diagnosed with stage 3B serous ovarian carcinoma. In 2019, she underwent radical surgery involving colpohysterectomy and lymph node dissection, followed by chemotherapy with carboplatin, paclitaxel, and bevacizumab in 2020. Her initial tumor response led to a 15-month continuation of bevacizumab as maintenance therapy. However, she experienced a peritoneal and pulmonary tumor relapse leading to carboplatin reintroduction, resulting in a severe anaphylactic shock. Subsequently, her treatment was swiftly shifted to a regimen comprising taxol and cisplatin. Imaging studies, including CT and PET scans, revealed a micronodule in the right superior lung lobe and a hypermetabolic liver subcapsular lesion. Bevacizumab monotherapy commenced in May 2022, but follow-up imaging showed unsatisfactory results. Consequently, a revised treatment approach was initiated, incorporating paclitaxel, cisplatin, and bevacizumab, with the potential consideration of surgery at a later stage. The first cycle of this modified regimen occurred in July 2023. However, after the second cycle, the patient's condition deteriorated significantly. She exhibited a fever, petechial lesions and necrotizing dermohypodermatitis in her lower limbs, and overall clinical deterioration. She was transferred to our intensive care unit and diagnosed with septic shock: hemodynamic instability, lactic acidosis, acute renal failure, and septic cardiomyopathy. Invasive monitoring, catecholamines, broad-spectrum antibiotics, and hemofiltration were swiftly administered. The patient later displayed necrotic lesions on her right hand with a present pulse. Doppler ultrasound revealed no abnormalities. Overall, her challenging complications were attributed to bevacizumab. Nevertheless, comprehensive medical intervention and supportive care resulted in clinical improvements, including the necrotic lesions.

Conclusion : Bevacizumab treatment entails a modest yet notable unpredictable risk of peripheral arterial thromboembolic events. In this instance, bevacizumab likely played a role in the development of necrotic lesions, exacerbated by post-chemotherapy pancytopenia and subsequent septic shock.



Theme : Complications iatrogènes

P 315 INTOXICATION MÉDICAMENTEUSE VOLONTAIRE À LA COLCHICINE

GARDABOU Kais : Service d'anesthésie-réanimation EPS Taher SFAR MAHDIA.

JOMAA Naoures : Service de réanimation polyvalente centre hospitalier intercommunale ALENCON-MAMERS.

GHALI Yosra : Service de réanimation polyvalente centre hospitalier intercommunale ALENCON-MAMERS.

AGUIR Syrine : Service d'anesthésie-réanimation EPS Taher SFAR MAHDIA.

GAVET Tom : Service de réanimation polyvalente centre hospitalier intercommunale ALENCON-MAMERS.

Merouani Karim : Service de réanimation polyvalente centre hospitalier intercommunale ALENCON-MAMERS.

MAJDOUB Ali : Service d'anesthésie-réanimation EPS Taher Sfar Mahdia.

Introduction : Les intoxications volontaires à la colchicine peuvent représenter un risque vital surtout de part de sa toxicité cardiaque. Nous représentons ici un cas d'intoxication volontaire à cette molécule.

Cas clinique : Madame MS est âgée de 45 ans, tabagique actif avec de l'éthylisme chronique et présentant un passé dépressif. Elle consulte aux urgences pour douleurs abdominales, nausées, vomissements et diarrhée profuses, et déclare avoir ingéré la veille 20 comprimés de COLCHICINE à 1 mg avec une consommation concomitante d'alcool dans un contexte de conflit conjugal. Le bilan biologique initial trouve une hypokaliémie à 2.9 mmol/L et une hyperlactatémie à 3.8 mmol/L. La patiente est par la suite mutée en Réanimation. En Réanimation, la patiente présente une défaillance cardiaque avec une FEVG à 40 %, hypokinésie diffuse avec recours à la DOBUTAMINE et la NORADRENALINE, une insuffisance rénale aiguë, une insuffisance hépatique et une atteinte médullaire avec thrombopénie profonde. Devant l'aggravation de la dysfonction myocardique avec une FEVG 30% et de l'hypoxie tissulaire à J2, la patiente est rapprochée d'un centre disposant de techniques d'assistance cardiaque (ECMO). L'évolution est marquée par la suite par une stabilisation hémodynamique attestée par un monitoring invasif par Swan GANZ permettant le sevrage de la NORADRENALINE puis de la DOBUTAMINE. Sur le plan hépatique, la cytolysé et l'insuffisance hépatique régressent progressivement après un pic à J5 à 3600 UI/L pour l'ASAT et 800 UI/L pour l'ALAT avant la normalisation. Sur le plan respiratoire, elle présente une pneumopathie d'inhalation d'évolution favorable sous CLAFORAN. Sur le plan neurologique, un épisode de delirium tremens nécessite le recours à l'intubation orotrachéale au 5^{ème} jour de la prise en charge avec une extubation après 3 jours sous SERESTA. Sur le plan psychiatrique : Une évaluation psychiatrique indique que la patiente critique son geste et décrit une détresse psychologique importante. Une ETT de contrôle est réalisée au 9^{ème} jour d'hospitalisation et trouve un épanchement péricardique infra-centimétrique non compressif, une dilatation minime du VD et affirme la normalisation de la fonction cardiaque gauche. La patiente est alors transférée ensuite en unité de surveillance continue durant 3 jours puis transférée dans le service de psychiatrie.

Conclusion : les intoxications gravissimes comme celles par la colchicine doivent au mieux être prises en charge dans un centre de référence spécialisé assurant une assistance circulatoire par ECMO dans les cas extrêmes.

P 316 DELAYED GASTRIC LAVAGE FOR ALPHA-CHLORALOSE POISONING: IT IS NEVER TOO LATE TO PERFORM IT.

HMAIDI Amira : Service de Réanimation Médicale, CHU Sahloul, Sousse..

BEN DABEBISS Rafla : Service de Réanimation Médicale, CHU Sahloul, Sousse.

MALLEK Abdelkader : Service de Réanimation Médicale, CHU Sahloul, Sousse.

YAHYAOUJI Hajer : Service de Réanimation Médicale, CHU Sahloul, Sousse..

HMOUDA Housseem : Service de Réanimation Médicale, CHU Sahloul, Sousse..

Introduction : Gastric lavage is useless if practiced after 3 hours following ingestion of toxic substances. We report an exception to this rule, where a 5-day delayed gastric lavage was helpful for recovery and ventilator weaning of a patient with chloralose poisoning.

Cas clinique : A 54-year-old patient, with a history of 4 suicide attempts (gas, chloralose, hanging) was Found unconscious by her two daughters with a 3-gram packet of chloralose nearby. They called the Emergency Medical Team (SAMU). On examination, She was unconscious (GSC 3/15), with dilated pupils, excessive salivation and bilateral crackles. She was immediately intubated, mechanically ventilated, and transferred to the Emergency Room where she was sedated with remifentanyl. She had invasive blood pressure monitoring, a central venous catheter, and required norepinephrine infusion (2,5 mg/h) for shock. Chest X ray showed left basal opacity consistent with aspiration pneumonia that required IV Augmentin. Toxicology assessment at H6 of presumed ingestion revealed alpha- chloralose in urine and stomach fluid. Sedation was stopped on day 2, but the patient remained unconscious, and had bilateral clonic movements. Brain CT scan was normal. She was transferred to the medical ICU on the third day. Initial examination showed generalized tremors, and the patient remained unconscious. She was therefore sedated again with remifentanyl. An attempt to withdraw sedation was made on the fourth hospital day, but the

patient developed generalized tremors requiring continuation of sedation. A gastric sample was taken at H108. It was a pinkish gastric residue similar to chloralose powder. The presence of alpha- chloralose was confirmed by toxicological analysis. Gastric lavage was therefore performed with normal saline until gastric fluid became clear. Two days later, the patient was awake and conscious, free of tremors. She was therefore extubated and discharged on the next day.

Conclusion : Even though delayed, gastric lavage can be helpful to fasten recovery and accelerate weaning from mechanical ventilation in patients with acute self poisoning by substances that alter gastric emptying, particularly when they are mechanically ventilated and sedated with morphinomimetics.

P 317 ENVENIMATION CARDIOTOXIQUE PAR PIQÛRE DE RAIE ARMÉE A PROPOS D'UN CAS

I.Glenza : Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres.
S.Temani : Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres.
A.Ben Khalifa : Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres.
F.Zouari : Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres.
A.Smaoui : Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres.
R.Allala : Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres.
M.Smaoui : Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres.
F.Madhioub : Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres.

Introduction : Les raies représentent la plus fréquente des espèces aquatiques cartilagineuses venimeuses. Via son aiguillon présent sur son appendice caudal, les piqûres par la raie armée provoquent majoritairement des lésions mécaniques et rarement toxiques pouvant causer des atteintes neurologiques et cardiaques.

Cas clinique : Un homme âgé de 25 ans, sans antécédents, pêcheur, a été admis au service de réanimation pour une envenimation par piqûre de raie armée, en regard de la malléole interne du pied gauche. Il a consulté les urgences 1H30 après l'incident. L'examen initial trouve un patient apyrétique avec un GCS à 15/15, sans déficit neurologique associé. Il était eupnéique, avec une SpO₂ à 98% à l'AA avec une auscultation pulmonaire libre. Par ailleurs, le patient avait une PA symétrique à 160/100 mmHg, une FC à 84 bpm sans signes périphériques de choc. Le patient décrivait une douleur exquise en regard de la lésion, une plaie linéaire de 2 cm de longueur et de 0,5 cm de profondeur. Il s'y associe une rougeur et un œdème. L'électrocardiogramme initial a montré un BAV 1^{er} degré ; PR= 233 ms QT/QTc= 347/411 ms, sans troubles de la repolarisation. A l'ECG de contrôle, il y avait une modification électrique à H15 avec apparition d'un BAV 2^{ème} degré Mobitz I et une bradycardie à 55 bpm, sans retentissement clinique. Le bilan biologique était sans anomalies, avec des troponines ultrasensibles à 1,36 ng/l, et une échocardiographie normale. La prise en charge médicale a compris l'administration d'antalgiques, un bain podal à l'eau chaude, SAT/VAT, IPP, et HBPM. L'évolution était favorable après 24h avec régression des signes locaux et retour au rythme sinusal sans complications.

Conclusion : L'envenimation par la raie armée est potentiellement dangereuse pour l'Homme. Elle peut s'associer à une atteinte cardiaque par troubles de la conduction à type de BAV qui nécessite une surveillance hémodynamique rapprochée pendant au moins 24h.



P 318 L'INTOXICATION AIGUE AUX PESTICIDES : ETUDE A PROPOS DE 35 CAS

A.Azaza : Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres.
S.Ben Mansour : Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres.
I.Glenza : Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres.
S.Temani : Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres.
R.Allala : Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres.
F.Zouari : Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres.
M.Smaoui : Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres.
F.Madhioub : Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres.

Introduction : L'intoxication aigue (IA) aux pesticides est un motif fréquent de consultation aux urgences. C'est un problème de santé publique qui ne se résume pas seulement à sa fréquence, mais également à la gravité des conséquences qu'il peut entraîner.

Objectif : Le but de notre étude est de décrire la population hospitalisée pour intoxication aigue aux pesticides, ses caractéristiques épidémiologiques, ses particularités cliniques et paracliniques ainsi que la stratégie thérapeutique adoptée.

Méthode : Etude rétrospective sur une période de 5 ans (01/01/2017 – 31/12/2021). Nous avons inclus tous les patients admis pour IA aux pesticides. Nous n'avons pas inclus les intoxications d'origine médicamenteuses, les intoxications alcooliques, les intoxications aux CO ... Nous avons exclu les intoxications chroniques aux pesticides et les intoxications d'emblée mortelles.

Résultat : Nous avons recensé 35 cas d'IA aux pesticides. L'âge moyen a été de $25,3 \pm 12$ ans avec une prédominance féminine (sex ratio M/F à 0,28). Vingt-cinq patients (71,4%) ont présenté une intoxication aux chloraloses. Une intoxication aigue aux organophosphorés a été notée chez 10 patients (28,5%). Lors de l'IA aux chloraloses, l'examen neurologique a révélé un GCS moyen de 8 ± 3 points, des tremblements (52%), des fasciculations (44%), une mydriase (20%), une agitation (16%), une somnolence (12%), une confusion (12%) et des myoclonies (8%). Lors de l'IA aux organophosphorés, le syndrome muscarinique a été observé chez tous les patients, le syndrome nicotinique chez cinq patients (50%) et le syndrome central chez neuf patients (90%). L'oxygénothérapie a été indiquée chez tous les patients ainsi que le recours à la VM. Le lavage gastrique a été pratiqué chez tous les patients. Nous avons eu recours au Contrathion chez 10 patients (28,5%). L'atropine a été prescrite chez 10 patients (28,5%). La durée de séjour en réanimation a été en moyenne de $4,6 \pm 2,3$ jours. Nous n'avons aucun cas de décès.

Conclusion : L'IA aux pesticides est responsable de toxicité variable pourvoyeuse d'une mortalité encore élevée dans certaines études. La prise en charge précoce permet d'améliorer le pronostic.

P 319 INTOXICATIONS AIGUES GRAVES : FACTEURS ASSOCIES A LA MORTALITE

B.Ben Dhia : Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghuan.
N.Ben Slimene : Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghuan.
F.Essafi : Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghuan.
K.Ben Ismail : Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghuan.
Y.Kharat : Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghuan.
I.Talik : Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghuan.
T.Merhabene : Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghuan.

Introduction : L'intoxication aigue représente un motif fréquent de consultation aux urgences et d'admission en réanimation. Elle représente un défi diagnostique et thérapeutique majeur avec des taux de mortalité variables. L'évaluation de la gravité doit se faire par une approche syndromique rigoureuse, avec analyse des facteurs pronostiques et des critères de sévérité.

Objectif : Décrire les caractéristiques clinico-évolutives des patients et d'en déterminer les facteurs associés à la mortalité.

Méthode : Il s'agissait d'une étude rétrospective observationnelle incluant tous les patients admis au service de réanimation médicale à l'hôpital régional de Zaghuan, pour prise en charge d'une intoxication aigue grave. La période d'étude était de cinq ans (de 2017 au 2023). Ont été recueillies les données clinico-évolutives des patients. Les facteurs associés à la mortalité ont été ensuite recherchés.

Résultat : Cent quatre patients étaient inclus avec un genre ratio(H/F) à 0,7. L'âge moyen était de 27 ± 13 ans. Les médianes des scores IGSII et APACHE II étaient respectivement de 15 [15- 25] et 6 [6-12]. Trente-quatre pourcent des

patients avaient des antécédents psychiatriques dont 24% des tentatives de suicide. Des comorbidités somatiques ont été notés chez 10% (HTA dans 5%, diabète dans 3% et insuffisance respiratoire chronique dans 2% des cas). Dans 90% des cas, l'intoxication aiguë était dans un but d'autolyse. Les toxiques incriminés les plus fréquents étaient de type médicamenteux (52%), suivi de la chloralose (26%) puis les organo-phosphorés (6%). Un lavage gastrique était pratiqué chez 20% des cas et un antidote était administré chez 10%. Le recours aux catécholamines était indiqué dans 12% avec une médiane de 2 jours [2-5]. L'intubation orotrachéale était nécessitée chez 49 % avec une durée médiane de ventilation mécanique de 1 jour[1-3]. Une insuffisance rénale aiguë était notée chez 2% de cas. La durée médiane d'hospitalisation était de 3 jours [3-5]. Le taux de mortalité était de 6%. L'analyse multivariée a montré que le genre masculin (ORa=6,454, IC95%[1,323-1,486]; p=0,002), l'antécédent d'insuffisance respiratoire chronique (Ora=9,5, IC95%[2,213- 40,785] ;p=0,005) et la survenue d'insuffisance rénale aiguë (Ora=7,019, IC95%[1,456- 33,843], p=0,015) étaient des facteurs indépendants associés à la mortalité.

Conclusion : L'évaluation de la gravité de l'intoxication aiguë est cruciale pour la détermination des facteurs pronostiques. Dans notre étude, les facteurs associés à la mortalité étaient le genre masculin, l'antécédent d'insuffisance respiratoire chronique et la survenue d'insuffisance rénale aiguë.

P 320 L'INTOXICATION AUX ANTIDIABETIQUES ORAUX CHEZ LES DETENUS EN REANIMATION

B. Ben Dhia : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..

H. Ben Ghezala : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..

A. Ben Jazia : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..

N. Brahmi : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..

Introduction : L'intoxication médicamenteuse en général et par les antidiabétiques oraux en particulier, chez les détenus est peu étudiée en Tunisie. Pourtant, la survenue d'une intoxication dans la prison suscite une attention particulière et nécessite une prise en charge adéquate

Objectif : L'objectif de notre étude était donc de décrire cette intoxication, en mettant en évidence ses particularités épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques, éthiques et évolutives

Méthode : Étude observationnelle, descriptive, rétrospective monocentrique réalisée dans un service réanimation sur une période de vingt-cinq mois (Janvier 2020 - Janvier 2023). Nous avons inclus tous les cas d'intoxication par les anti-diabétiques oraux chez les détenus admis au service de réanimation. Le diagnostic de l'intoxication a été retenu sur les données anamnestiques et en particulier la dose supposée ingérée (DSI) et cliniques. On ne dispose pas de dosage de la metforminémie. L'anonymat était respecté. Les statistiques descriptives ont été réalisées par le logiciel SPSS 20.0.

Résultat : Quatre-vingt-un (81) patients dont 29 intoxications aiguës aux antidiabétiques oraux ont été admis en réanimation. Une nette prédominance masculine a été observée, avec un rapport homme/femme de 14,5. Les scores de gravité IGSII et APACHEII avaient une médiane de 6 [6 ; 39] et 0 [0 ; 11], respectivement. L'âge moyen de cette population était de 37± 10 ans. Les comorbidités les plus fréquentes étaient les antécédents psychiatriques (42%), le diabète (69%) et l'HTA (10%). L'intoxication était majoritairement poly médicamenteuse (72%), la metformine était impliquée chez 86% des cas et les sulfamides hypoglycémisants et en particulier le Glibenclamide chez 69%. Les doses médianes étaient de 17 000 mg pour la metformine, variant entre 3 200 et 80 000 mg, et de 60 mg pour les sulfamides, variant entre 4 et 400 mg. Les principaux médicaments associés étaient les anti-hypertenseurs : IEC (22%) et bêtabloquants (13%) ainsi que le paracétamol (6%). Les anomalies biologiques les plus fréquentes étaient l'acidose lactique (69%), l'insuffisance rénale aiguë (24%) et la rhabdomyolyse (4%). Aucune détresse respiratoire ni neurologique n'a été rapportée chez ces patients, tandis que 10% des patients ont présenté une insuffisance circulatoire aiguë en rapport avec une hypovolémie nécessitant une expansion volémique. Tous les patients ont reçu une prise en charge symptomatique. La dialyse a été indiquée chez trois patients intoxiqués par la metformine. La durée médiane d'hospitalisation était de 24 heures avec des extrêmes de 24 et de 72 heures. Aucun décès n'a été enregistré.

Conclusion : L'intoxication par les antidiabétiques oraux est une situation sérieuse. Les autorités pénitentiaires sont confrontées à plusieurs défis concernant la détection précoce, l'orientation en urgence vers un centre antipoison et la mise en place de mesures préventives adéquates

P 321 SEVERE ACETAMINOPHEN OVERDOSE: A NEW ANTIDOTE?

A. M'RAD : Medical and Toxicological ICU Hopital Lariboisière – APHP, Paris, France..

L. Bernasconi : Poison Control Centre – National Toxicology Information Centre Istituti Clinici Scientifici Maugeri IRCCS, Pavia.

I. Malissin : Medical and Toxicological ICU Hopital Lariboisière – APHP, Paris, France..

B.. Mégarbane : Medical and Toxicological ICU Hopital Lariboisière – APHP, Paris, France..

Introduction : In recent years, Fomepizole (4-methylpyrazole) has gained attention as a possible adjunctive therapy in massive acetaminophen (APAP) ingestions. The two fomepizole mechanisms in APAP toxicity are inhibition of N-acetyl-p-benzoquinone imine (NAPQI) formation and the inhibition of NAPQI-induced mitochondrial dysfunction

Objectif : Illustrate the interest of fomepizole therapy in patients with severe hepatitis induced by acetaminophen poisoning.

Méthode : We conducted a retrospective study enrolling all patients with paracetamol overdose that received fomepizole as adjunctive therapy for acetaminophen toxicity referred to a university hospital intensive care unit (ICU) from January 2016 to August 2023. We excluded patients with multi organ failure at ICU admission. For each patient we collected demographic data, toxic coingestants, acetaminophen serum concentration, clinical manifestations, NAC and fomepizole dose, biological alterations, and outcome.

Résultat : Nine patients (5/9 females, median age 36 [26-49]) were included. There were two cases in 2021, three cases in 2022 and four cases in 2023. In 89% of cases was an acute overdose and in 11% a repeated overdose, 89% the patients also co-ingested other substances. The median estimated ingested APAP in acute overdoses was 40 gr [34-43] and the median APAP serum level on admission was 149.5 mg/L [114.8-174.6]. On admission, laboratory results showed median AST 1597 U/L [729- 2784], ALT 1948 U/L [1268-2312], TP 30.5% [26-35], creatinine 75 µmol/L [65-82], pH 7.39 [7.36-7.43] and lactates 4.4 mmol/L [1.5-4.43]. All our patients developed acute severe hepatitis with median peak of AST 8287 U/L [4241-8768], ALT 4481 U/L [4241-8768], TP 12% [10-32] and factor V 20% [16-38]. All patients received initial standard NAC protocol (150 mg/kg/1h followed by 50 mg/kg/4h and 100 mg/kg/16h) followed by 300 to 600 mg/kg/24h depending on intoxication severity and the need for renal replacement therapy (RRT). The median days of NAC therapy were 5 [3.5-5.5]. Fomepizole was administered in all cases based on the assessment of the attending physician, who considered patients to be at high risk of severe hepatotoxicity. 33% of patients received a single dose, 44% received two doses and 22% of patients received multiple doses. The median cumulative fomepizole dose was 25.5 mg/kg [15-35]. Twenty-two percent (22%) of patients required vasopressor support, 33% orotracheal intubation and 33% RRT. One patient died for severe septic shock. All other patients survived without liver transplantation.

Conclusion : APAP intoxication may be associated with severe hepatotoxicity despite optimal therapy with NAC. Fomepizole may give a potential clinical benefit, but controlled randomized study are needed to understand the best indications.

P 322 INTOXICATION BY MINERAL FERTILIZERS: A CORROSIVE EFFECT NOT TO BE UNDERESTIMATED

I.Glenza : Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres.

S.TEMANI : Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres.

F.Zouari : Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres.

M.Smaoui : Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres.

R.Allala : Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres.

F.Madhioub : Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres.

Introduction : Mineral-rich chemical fertilizers such as nitrogen (N), phosphorus (P), and potassium (K) are widely used by the general public. The corrosive hazards of these fertilizers are poorly understood, which may be due to the high potassium content, which can cause significant acute digestive toxicity.

Cas clinique : A 22-year-old woman with no significant medical history was brought to the emergency room after intentionally ingesting 150ml of concentrated mineral fertilizer as part of a suicide attempt following a marital conflict. Initial examination revealed a conscious patient without hemodynamic or respiratory instability. No toxidrome was identified. The patient reported a burning sensation in the mouth and esophagus at the time of ingestion, along with abdominal discomfort and two episodes of vomiting, without any gastrointestinal issues. The electrocardiogram and chest X-ray showed no abnormalities. The patient was admitted to the intensive care unit for monitoring. On the 2nd day of hospitalization, she had a subfebrile temperature of 38.2°C, sinus tachycardia at 120 bpm with no other abnormalities on clinical examination, accompanied by a biological inflammatory syndrome with a white blood cell count (WBC) of 17,800, a C-reactive protein (CRP) level of 148, and a procalcitonin (PCT) level of 0.18. The patient

underwent a cervical- thoraco-abdominal CT scan, which revealed mild submucosal edema of the gastric wall with a moderate amount of intraperitoneal fluid. Gastro-duodenal endoscopy was contraindicated due to the significant risk of perforating the digestive wall. The management included primary parenteral nutrition, hydration, analgesia, double-dose proton pump inhibitors (PPIs), and preventive anticoagulation. The patient's condition improved with a reduction in digestive symptoms, and she was transferred to a surgical setting.

Conclusion : While most reported incidents remain benign, it's crucial not to underestimate the risk of corrosion associated with the ingestion of concentrated fertilizers. Depending on their potassium content, as little as 150mL can be sufficient to reach a potentially concerning effect.

P 323 CYPROHEPTADINE INTOXICATION: A CASE OF DEEP PROLONGED COMA

A.Smaoui : Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres.
F.Zouari : Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres.
A.Ben Khalifa : Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres.
I.Glenza : Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres.
S.Temani : Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres.
M.Smaoui : Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres.
R.Allala : Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres.
F.Madhioub : Réanimation médicale Hôpital régional de Mahres.

Introduction : Cyproheptadine, a first-generation antihistamine, is known for its anticholinergic and antiserotonergic properties. While it is commonly prescribed for various allergic conditions, severe intoxications are rare, and fatalities have been documented. This case reports coma following intentional cyproheptadine intoxication.

Cas clinique : A 42-year-old woman, with no prior medical history, arrived at the emergency department four hours after a deliberate ingestion of 25 pills (100 mg each) of cyproheptadine in a suicide attempt. Upon admission, she was unconscious, scoring 4/15 on the Glasgow Coma Scale, with normally dilated pupils. Emergency medical personnel promptly intubated her, and she was subsequently transferred to the ICU for further care. An urgent brain CT scan revealed no abnormalities. Despite discontinuation of sedation in the days following, the patient remained unresponsive and displayed no neurological improvement. To assess her condition further, an electroencephalogram (EEG) was performed, indicating a pattern of moderate to severe cerebral distress without any paroxysmal anomalies. A cerebral MRI also showed no abnormalities. Due to prolonged intubation resulting from her neurological state, the patient underwent a tracheotomy after 12 days of hospitalization. During her hospitalization, she developed ventilator-associated pneumonia caused by pseudomonas aeruginosa, likely due to extended mechanical ventilation. The infection was successfully treated with a 14- day course of colistin. Additionally, she was diagnosed with bilateral and proximal pulmonary embolism and initiated on intravenous heparin therapy, which was later switched to an oral anticoagulant (vitamin K antagonist). The patient's neurological condition began to improve 15 days after the incident, and she made a full neurological recovery after 35 days of hospitalization. After spending 41 days in the ICU, she was transferred to the psychiatric ward once her neurological recovery was complete, and the tracheotomy was successfully removed.

Conclusion : This case emphasizes the potential severity of neurological impairment due to cyproheptadine overdose and the importance of its timely recognition, management, and treatment.

P 324 PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE, CLINIQUE ET EVOLUTIF DES TENTATIVES DE SUICIDE EN MILIEU DE REANIMATION

I.Trabelsi : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa bizerte.
N.Aloui : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa bizerte.
J.Guissouma : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa bizerte.
H.Benali : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa bizerte.
H.Allouche : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa bizerte.
FZ.Gamara : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa bizerte.
H.Brahmi : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa bizerte.
M.Samet : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa bizerte.
H.Ghadhoune : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa bizerte.

Introduction : Les tentatives de suicide (TS) représentent des comportements préoccupants à cause des risques de morbidité et de récidive. En Tunisie, c'est un motif fréquent de consultation dans les services des urgences et d'admission en réanimation d'où l'intérêt de ce travail.

Objectif : L'objectif de cette étude était de décrire le profil épidémiologique et évolutif des tentatives de suicide dans une unité de soins intensifs.

Méthode : Il s'agissait d'une étude descriptive rétrospective monocentrique menée dans un service de réanimation médicale sur une période de 9 ans et 6 mois (avril 2014-juillet 2023) incluant tous les patients admis pour une TS avec une défaillance d'organe. Les résultats ont été analysés par le logiciel SPSS 23.

Résultat : Nous avons colligés 95 patients d'âge moyen 29 ± 13 ans et de genre-ratio 0,53. Soixante-quatre pour cent des patients étaient célibataires, 29% mariés, 4% divorcés et 2% veufs. Les conditions socioéconomiques étaient défavorables dans 48% des cas. Par ailleurs, 36% étaient chômeurs et 75% non scolarisés. Des antécédents familiaux et personnels de troubles neuropsychiatriques étaient signalés respectivement dans 12% et 42% des cas. Les troubles les plus fréquemment retrouvés chez les suicidants étaient la dépression, le trouble bipolaire et la schizophrénie dans respectivement 19, 10 et 7 cas. Trente-sept pour cent étaient sous traitement psychotrope. On a compté 26 cas de récurrence (28%). Un facteur déclenchant était retenu dans 78% des cas : un conflit familial (37%), une rupture émotionnelle (17%) ou un conflit conjugal (12%). Les moyens de suicide étaient une intoxication médicamenteuse (51%), une ingestion de chloralose 34% ou d'organophosphorés (8%). Les médianes des scores IGS II et APACHE II étaient respectivement 25.5 [6-63] et 12 [3-39]. Une pneumopathie d'inhalation était retenue dans 53% des cas. La ventilation mécanique invasive était indiquée chez 61 % des patients et les drogues vasoactives étaient prescrites dans 10% des cas. La moyenne de la durée de séjour en réanimation était de 4,5 jours [2-5] et la mortalité de 2%. Pour les survivants, 57% étaient sortis à domicile avec un rendez-vous à la consultation de psychiatrie avec un traitement psychotrope instauré chez 30% des patients. Un transfert dans un service de psychiatrie était nécessaire dans 27% des cas.

Conclusion : Le suicide est l'apanage d'une population jeune essentiellement féminine avec souvent des antécédents familiaux ou personnels de troubles neuropsychiatriques. Le passage à l'acte était plutôt réactionnel aux facteurs d'adversité psychosociale. Les intoxications médicamenteuses sont les plus fréquentes avec un bon pronostic.

P 325 ORGANOPHOSPHATE POISONING INDUCING INTERMEDIATE SYNDROME AND EXTRAPYRAMIDAL SYMPTOMS, A CASE REPORT

S.Ben Mansour : Medical Intensive Care Unit1 Ibn Jazzar University Hospital,Kairouan,Tunisia.

Y.Ben Ali : Medical Intensive Care Unit1 Ibn Jazzar University Hospital,Kairouan,Tunisia.

D.Farjallah : Medical Intensive Care Unit1 Ibn Jazzar University Hospital,Kairouan,Tunisia.

D.Ben Braiek : Medical Intensive Care Unit1 Ibn Jazzar University Hospital,Kairouan,Tunisia.

S.Belhaj Youssef : Medical Intensive Care Unit1 Ibn Jazzar University Hospital,Kairouan,Tunisia.

K.Attia : Medical Intensive Care Unit1 Ibn Jazzar University Hospital,Kairouan,Tunisia.

A.Kacem : Pulmonology Department2 Ibn Jazzar University Hospital,Kairouan,Tunisia.

A.Jamel : Cardiology Department3 Ibn Jazzar University Hospital,Kairouan,Tunisia.

H.Belkhiria : Cardiology Department3 Ibn Jazzar University Hospital,Kairouan,Tunisia.

H.Ammar : Cardiology Department3 Ibn Jazzar University Hospital,Kairouan,Tunisia.

A.Boufares : Cardiology Department3 Ibn Jazzar University Hospital,Kairouan,Tunisia.

M.Kharat : Cardiology Department3 Ibn Jazzar University Hospital,Kairouan,Tunisia.

N.Ben Halima : Cardiology Department3 Ibn Jazzar University Hospital,Kairouan,Tunisia.

R.Ben Jazia : Pulmonology Department2 Ibn Jazzar University Hospital,Kairouan,Tunisia.

J.Ayachi : Medical Intensive Care Unit1 Ibn Jazzar University Hospital,Kairouan,Tunisia.

Introduction : Acute organophosphate (OP) poisoning is responsible for a high mortality rate worldwide. It can manifest 3 phases of toxic effects, namely, acute cholinergic crisis, intermediate syndrome (IMS), and delayed neuropathy. Here we present a case of IMS following OP poisoning

Cas clinique : A 64-year-old patient with no medical history, was admitted to the emergency department for severe OP poisoning following accidental ingestion of a substantial quantity of insecticide. Upon admission, the patient exhibited a cholinergic syndrome characterized by muscarinic signs (myosis, hypersalivation, sweating, profuse diarrhea, bradycardia), nicotinic signs (asthenia, tremors), and central signs (pronounced osteotendinous reflexes and altered neurological status with a Glasgow Coma Scale of 8/15). The patient was intubated and sedated using fentanyl and propofol. A cerebral computed tomography (CT) scan was performed revealing no abnormalities then the patient was transferred to the intensive care unit (ICU). The toxicology results confirmed OP poisoning with low cholinesterase activity at 24 hours at 160 IU/L (less than 10% of the normal value). In front of clinical improvement with disparity of cholinergic signs, sedation was stopped after 24 hours of ICU stay. After 72 hours, the patient maintained persistent myosis with fluctuating levels of consciousness, muscle weakness (respiratory and proximal limb) and extrapyramidal syndrome. IMS was suspected, a second measurement of cholinesterase activity was carried out on day 5, revealing a collapsed level at 4 IU/L. The patient required twice-daily physiotherapy sessions for muscle weakness, Atropine at a dose of 0.02 mg/kg/h, and tracheotomy at day 8 for difficult weaning. On Day 14, partial recovery of muscular strength in the limbs and improved diaphragmatic activity enabled successful weaning from

mechanical ventilation and decannulation. Patient was discharged home at day 20 with total muscle recovery on follow up one month after ICU discharge.

Conclusion : The occurrence of intermediate syndrome with extrapyramidal symptoms is uncommon. A timely clinical diagnosis, mechanical ventilation along with appropriate atropine therapy is a cornerstone of IMS treatment to prevent fatal evolution

P 326 INTOXICATIONS GRAVES PAR LES BENZODIAZEPINES EN REANIMATION : ETUDE DESCRIPTIVE ET COMPARATIVE.

S. Rabhi : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..
H. Ben Ghezala : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..
A. Ben Jazia : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..
M. Kharrat : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..
S. Ghalloussi : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..
S. Essghaier : Service de réanimation polyvalente et toxicologique Centre Mahmoud Yaacoub d assistance médicale urgente..
N. Brahmi : Service de réanimation polyvalente et toxicologique Centre Mahmoud Yaacoub d assistance médicale urgente..

Introduction : Les benzodiazépines sont des substances anxiolytiques, hypnotiques, myorelaxantes et antiépileptiques dotées d'une efficacité symptomatique et de faible toxicité, d'où leur large prescription. Ce sont aussi l'un des piliers de la prise en charge du syndrome de sevrage.

Objectif : Décrire le profil épidémioclinique des intoxications volontaires aux benzodiazépines dans un but d'autolyse ou comme substance toxicomanogène.

Méthode : Etude descriptive et analytique rétrospective mono centrique incluant les patients hospitalisés pour intoxication volontaire aux benzodiazépines dans le service de réanimation. La durée de l'étude était de 4 ans et demi allant de janvier 2019 au mois de Juin 2023.

Résultat : Nous avons colligé 75 patients d'âge moyen 37 ans allant de 14 ans à 69 ans, le genre ratio était de 0,56. La plupart des patients avaient des antécédents psychiatriques (68%), avec une prise chronique de benzodiazépine (64%). Par ailleurs, un antécédent de tentative de suicide par la même molécule était rapporté chez 18% des patients. Le délai de consultation moyen était de 4+ 2 heures. Les molécules de benzodiazépine ingérées étaient par ordre de fréquence : le bromazépam (44%), L'alprazolam (16%), lorazépam (12%), puis prazépam, clonazépam et zolpidem (9%) avec des doses supposées ingérées respectives en mg de 120, 9.5, 20, 150, 14, et 100. Le GCS moyen à l'admission était à 12. L'altération de l'état de conscience avait comme retentissement une hypoventilation chez 17 patients et une pneumopathie d'inhalation chez un seul patient. On a objectivé une réponse franche (réveil en quelques secondes avec un GCS 15) au flumazénil chez tous les patients avec des doses variables de cet antidote. On a eu recours à l'intubation orotrachéale chez seulement 2 patients dont un a présenté une pneumopathie d'inhalation. La durée d'hospitalisation variait entre 8 h et 72 h avec une moyenne de 24h. Aucun décès n'a été enregistré. Les résultats de l'étude analytique (test d'ANOVA) ont montré une variabilité significative, en fonction de la molécule de benzodiazépine ingérée, de la dose de flumazénil nécessaire pour le réveil du patient et de la durée de séjour.

Conclusion : L'intoxication par les benzodiazépines est fréquente mais peu sévère en réanimation. Le bromazépam est la molécule la plus fréquente et la moins sévère. Le flumazénil même à fortes doses permet d'éviter l'intubation et la ventilation mécanique invasive en toute sécurité.

	Lorazépam (n=9)	Prazépam (n=7)	Bromazépam (n=33)	Alprazolam (n=12)	Clonazépam (n=7)	Zolpidem (n=7)	p
Dose de flumazénil nécessaire au réveil en mg	0,4	0,4	0,3	0,5	0,4	0,4	0,01
Durée d'hospitalisation en heures	24	48	24	36	36	24	0,01

P 327 INTOXICATION AIGUE SUITE A L'INGESTION DE PARAPHENYLENE-DIAMINE : UNE INTOXICATION RARE ET REDOUTABLE

M. Kharrat : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..

H. Ben Ghezala : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..

A. Ben Jazia : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..

S. Essghaier : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..

W. Homrani : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..

N. Brahmi : Service de réanimation polyvalente et toxicologique Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale urgente..

Introduction : La paraphénylènediamine (PPD) est un produit minéral utilisé comme ingrédient de teinture capillaire surtout en Afrique du nord. Cependant, l'ingestion de ce produit est à l'origine d'une intoxication grave engageant le pronostic vital nécessitant l'admission en milieu de réanimation.

Objectif : Décrire le tableau clinique, les conséquences biologiques ainsi que la prise en charge thérapeutique de l'intoxication aigüe secondaire à l'ingestion de paraphénylènediamine.

Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective incluant tous les patients admis en réanimation pour intoxication aigüe suite à l'ingestion de PPD. La période d'étude s'étend sur 18 ans (de Janvier 2005 à Aout 2023). N'ont pas été inclus les patients admis suite à une réaction anaphylactique secondaire à l'application cutanée de cette substance. Les données cliniques biologiques ainsi que la prise en charge thérapeutique ont été consignées à partir du dossier médical.

Résultat : Sept patients ont été inclus d'âge médian de 30 ans et genre ratio=1,3. L'intoxication était volontaire chez six patients. La médiane de consultation était de 4 heures. Le tableau clinique était fait d'œdème laryngé (n=5), détresse respiratoire (n=3), troubles digestifs (n=2), myalgies (n=2), coma (n=2) et état de choc (n=2). Les anomalies biologiques étaient : cytolysé hépatique (n=5), rhabdomyolyse (n=5), acidose métabolique (n=5), hyperkaliémie (n=3) et insuffisance rénale aigüe (n=2). L'intubation était nécessaire chez six patients. Trois ont été extubés avec deux ré-intubations suite à une détresse respiratoire en rapport avec un œdème laryngé. La trachéotomie a été réalisée chez quatre patients dans un délai médian de 10 jours. Au cours de l'hospitalisation les complications les plus fréquentes étaient l'insuffisance rénale aigüe (n=3) avec un taux médian de créatinine=220μmol/l et la rhabdomyolyse (n=2) avec un taux médian de CPK=152643UI/L. Cinq malades étaient anuriques. Un nombre médian de 7,5 séances d'épuration extra rénale ont été réalisés chez quatre patients. Quatre malades présentaient un déficit moteur, trois ont gardé des séquelles à type de rigidité extra pyramidale. L'électro-encéphalogramme réalisé chez deux patients a montré un tracé lent et désorganisé témoignant d'une souffrance cérébrale. L'électromyogramme réalisé chez trois patients montrait une polyneuropathie sensitivo-motrice type axonale. Deux patients ont présenté un syndrome coronarien aigu en rapport avec un spasme coronaire. La coronarographie était normale. L'anomalie échographique retrouvée était l'hypo-kinésie segmentaire. La durée médiane de séjour était de 28 jours avec des extrêmes de 1 et 63 jours. Deux patients sont décédés.

Conclusion : L'intoxication aigüe à la paraphénylènediamine est rare mais grave et redoutable. Elle est à l'origine d'un œdème laryngé important rendant le geste d'intubation extrêmement difficile et des anomalies biologiques graves nécessitant une prise en charge lourde en milieu de réanimation.

P 328 ANAPHYLAXIE SECONDAIRE A UNE APPLICATION DE PARAPHENYLENEDIAMINE EN REANIMATION A PROPOS DE DEUX CAS

M. Kharrat : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..

A. Ben Jazia : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..

H. Ben Ghezala : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..

S. Ghalloussi : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..

H. Larnaout : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..

N. Brahmi : Service de réanimation polyvalente et toxicologique Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale urgente..

Introduction : Alors que les conséquences de l'ingestion de paraphénylènediamine (PPD) sont connues, la réaction anaphylactique secondaire à son application locale reste imprévisible. Elle peut varier d'une simple réaction allergique locale à une véritable détresse respiratoire mettant en jeu le pronostic vital.

Cas clinique : 1^{er} cas : Patient de 44 ans sans antécédents consulte 24 heures après l'application d'une teinture de cheveux contenant de la paraphénylènediamine pour érythème et œdème de la face. A l'examen, présence d'un érythème du cuir chevelu associé à un œdème facial et palpébral important. Il était conscient, stable sur le plan hémodynamique et respiratoire. Il a reçu une corticothérapie associée à un traitement antihistaminique et admis en réanimation pour surveillance clinique. L'évolution était marquée par l'aggravation respiratoire après 72 heures de l'exposition. Le patient est devenu polypneïque à 30 cycles/min avec désaturation arrivant à 80% et aggravation

de l'œdème facial et palpébral. Il a été intubé devant la détresse respiratoire. Il s'agissait d'une intubation difficile devant un important œdème laryngé. Par ailleurs, il n'a pas présenté d'instabilité hémodynamique. L'évolution ultérieure était favorable avec extubation au bout de 72h après régression de l'œdème. Il a été mis sortant après 7 jours d'hospitalisation. 2^{ème} cas : Patiente de 30 ans avec terrain atopique, consulte 48 heures après l'application d'une teinture de cheveux contenant de la paraphénylènediamine pour urticaire. L'examen met en évidence une urticaire au niveau du cuir chevelu associée à un œdème palpébral avec impossibilité d'ouverture des yeux. Elle ne présentait pas de raucité de la voix. Elle était par ailleurs stable sur le plan hémodynamique et respiratoire. Elle a été mise sous corticothérapie et antihistaminique avec bonne évolution et régression de l'œdème au bout de 48 heures d'hospitalisation.

Conclusion : La réaction anaphylactique secondaire à l'exposition à la teinture de cheveux contenant de la paraphénylènediamine est imprévisible. La détresse respiratoire est particulièrement redoutée devant l'importance de l'œdème laryngé rendant l'intubation difficile et pouvant mettre en jeu le pronostic vital.



P 329 INTOXICATION GRAVE AU METHOTREXATE COMPLIQUEE D'UN SYNDROME DE LYELL : A PROPOS D'UN CAS

W. Homrani : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..

H. Ben Ghezala : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..

A. Ben Jazia : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..

S. Ghalloussi : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..

N. Brahmi : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..

Introduction : L'intoxication au méthotrexate est grave et potentiellement létale par l'intermédiaire d'une défaillance multiviscérale. On rapporte le cas d'un syndrome de Lyell suite à une intoxication accidentelle au méthotrexate avec une issue fatale.

Cas clinique : Un homme âgé de 74 ans, diabétique est suivi pour un psoriasis vulgaire résistant nécessitant l'introduction du méthotrexate. Il est admis en réanimation pour prise en charge d'une intoxication au méthotrexate par erreur thérapeutique. Le patient aurait ingéré six comprimés par jour au lieu de six comprimés par semaine pendant trois jours. A l'admission le patient était conscient, stable sur le plan hémodynamique et respiratoire, fébrile à 39, avec à l'examen cutané des plaques érythémato-érosives disséminées pseudo-bulleuses avec une atteinte cutanée estimée à 60%, un signe de Nickolski positif et une mucite. Le dosage de la méthotrexate à H24 de la dernière prise était infratoxique. A la biologie nous avons relevé la présence d'une neutropénie à 400 élément/mm³ et d'une thrombopénie à 107000. La procalcitonine initiale était élevée à 21 ng/ml. La radiographie de thorax était normale. La conduite à tenir initiale était de conditionner le malade avec une surveillance stricte de son état hémodynamique, un traitement antidotique par acide folinique a été initié et une antibiothérapie à large spectre a été entamée avec des soins locaux des lésions cutanées. L'évolution a été marquée par l'extension des lésions à 80% de surface cutanée, aggravation de la bi cytopénie : leucocytes à 300 et des plaquettes à 18000. Le patient a

été transféré dans un autre centre spécialisé avec installation d'une double détresse : neurologique rattachée à un AVC ischémique étendu et hémodynamique en rapport avec un choc septique. Le patient est décédé à J6 dans un tableau de défaillance multiviscérale.

Conclusion : Le syndrome de Lyell est une pathologie rare mais grevée d'une mortalité importante, l'association à une intoxication au méthotrexate aggrave le pronostic. Une prise en charge rapide avec surveillance stricte en milieu de réanimation s'impose.

P 330 DOAC OVERDOSE IN CHILDREN: ABOUT TWO CASES

Imen Salem : Urgence habib borguiba sfax.

Fadhila Issaoui : Urgence habib borguiba sfax.

Houssein affes : Urgence habib borguiba sfax.

Mallek Mariem : Urgence habib borguiba sfax.

Nada Boujelban : Urgence habib borguiba sfax.

Emna Gharbi : Urgence habib borguiba sfax.

Kamoun Leila : Urgence habib borguiba sfax.

Adel Chaari : Urgence habib borguiba sfax.

Olfa chakroun : Urgence habib borguiba sfax.

Karray Rim : Urgence habib borguiba sfax.

Rekik Noureddine : Urgence habib borguiba sfax.

Introduction : For a little over a decade, direct oral anticoagulants (DOACs) have been used as an alternative to vitamin K antagonists (VKAs) in the context of thromboembolic prevention during atrial fibrillation (AF) in patients at high cardiovascular risk. Since 2021, two direct oral anticoagulants (rivaroxaban and dabigatran) have obtained their marketing authorization in pediatrics for the treatment and prevention of recurrence of deep vein thrombosis. However; DOACs expose, like all anti-thrombotics, to hemorrhagic complications which could be fatal.

Cas clinique : We report the case of a 14-year-old child followed since birth for a patent ductus arteriosus. Its history goes back to a week of its admission marked by the installation of cough associated with white sputum and palpitations treated symptomatically. In front of the persistence of palpitations, he consulted his cardiologist again who prescribed rivaroxaban with a dosage of 15mg per day associated with amiodarone and a beta-blocker in the face of an unspecified rhythm disorder. The evolution was marked by the appearance of a circumferential hematoma of the lower limb and an abdominal hematoma for which the patient was admitted to the emergency department in a state of hemorrhagic shock. The emergency ultrasound performed showing a pleural effusion and a very abundant effusion at the level of the cul-de-sac of Douglas fir. Biologically, NFS showing significant deglobulisation from 10g/l to 6g/l. The patient was intubated ventilated and received a transfusion of 4 CGR + 4 PFC, associated with the supply of PPSB at a dose of 25IU/KG. The evolution was fatal and the patient presented a cardiorespiratory arrest with asystole not recovered after 45 minutes of resuscitation. The second situation is similar to the previous case, it was a 13-year-old child, taking rivaroxaban for 2 years for an arrhythmia not specified by his parents. He was brought to the emergency department by the SMUR team, due to neurological and respiratory distress with diffuse hematomas. A cardiorespiratory arrest has been installed which was also not recovered after 30 minutes of resuscitation.

Conclusion : Admittedly, DOACs have an important place today for the prevention of thromboembolic complications in different age groups, however, their implementation in extreme ages and particularly in children must be carried out with more caution.

P 331 CARBOFURAN INTOXICATION COMPLICATED BY SEPTIC SHOCK AND ACUTE CARDIOGENIC PULMONARY EDEMA: A CASE REPORT

I. Maatouk : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
S. Liouane : Toxicology laboratory University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
D. Abir : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
O. Saadaoui : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
A. Massoud : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
A. Yaacoub : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
F. Gabbi : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
S. Gnina : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
S. Ben abdallah : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
M. Lahmar : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
O. Nouira : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
Z. Hammouda : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
F. Dachraoui : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
M. Soussi : Toxicology laboratory University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.
L. Besbes Ouannes : Medical Intensive Care Unit University Hospital Fattouma Bourguiba of Monastir, Tunisia.

Introduction : The utilization of Carbofuran (Furadan) poses a substantial hazard to individuals who come into close contact with it, given its pronounced toxicity via oral ingestion or inhalation routes. Consequently, it represents a severe threat to human well-being.

Cas clinique : A 23-year-old female patient was admitted to our hospital in an unconscious state. The history began the day of admission after ingesting an amount of 10 g of unknown black powder in an apparent suicide attempt. Eight hours later, the patient presented tremors, excessive salivation, and miosis. She presented bradycardia at 35 beats/min requiring Atropine with a good response. Because of the neurological failure, the patient was sedated with Benzodiazepines, mechanically ventilated, and then transferred to ICU department. Pseudocholinesterase levels exhibited a significant decrease, measuring 828 IU/L. The troponin control value was 25.3 ng/ml. ProBNP was 1929 pg/ml. Procalcitonin was 21.27 ng/ml. Toxicological analysis of urine using gas chromatography/mass spectrometry (GC/MS) revealed the presence of carbofuran metabolites, including 7-benzofuranol 2,3-dihydro-2,2-dimethyl (TR=11,946 min), 3,7-benzofurandiol 2,3-dihydro-2,2-dimethyl (TR= 13,571 min), and 3-hydroxycarbofuran (TR=22,493). The black powder was confirmed to be carbofuran through GC/MS analysis (TR=18,959). She presented an aspiration pneumonia positive for *Staphylococcus aureus*. Chest X ray showed a bilateral alveolar syndrome. A transthoracic echography (TTE) performed on admission showed an increase in filling pressures. A follow-up ultrasound performed at day 8 after weaning from mechanical ventilation was normal. So, the patient was put on Furosemid. The patient was extubated on the 8th day of hospitalization. Fourteen days later, the patient was completely recovered and transferred to psychiatric department. On the basis of the patient's clinical pictures, physical examination and lab findings, she was diagnosed with toxic coma complicated by septic shock, aspiration pneumonia, and hemodynamic pulmonary edema.

Conclusion : To the best of our knowledge, this case was the first case of carbofuran intoxication complicated by Hemodynamic pulmonary edema. Acute drug intoxications represent a challenge for intensivists since they can cause toxic shock with high risk of mortality.

P 332 INTOXICATION ACCIDENTELLE GRAVE PAR L'HYDROGENE SULFURÉ : A PROPOS D'UN CAS

H. Larnaout : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..
A. Ben Jazia : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..
H. Ben Ghezala : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..
S. Essghaier : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..
W. Homrani : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..
S. Rabhi : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale urgente..
N. Brahmi : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale urgente..

Introduction : L'hydrogène sulfuré est un toxique fonctionnel, connu par une toxicité lésionnelle directe dose-dépendante. L'intoxication par ce gaz se fait principalement par inhalation. L'exposition à l'hydrogène sulfuré est accidentelle et peut être fatale.

Cas clinique : Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 40 ans, sans antécédents pathologiques, victime d'un accident de travail : exposition à l'hydrogène sulfuré dans une unité d'épuration d'eau usée dans une usine avec notion d'immersion brève. Il a été admis en réanimation dans un tableau de coma agité nécessitant la ventilation mécanique invasive. Le patient a présenté un syndrome de détresse respiratoire aigu modéré en rapport avec un

œdème aigu lésionnel du poumon (OAP) avec des râles crépitants des bases pulmonaires. Le patient a présenté aussi une conjonctivite bilatérale et un état de choc. Le bilan biologique a révélé une bi cytopénie avec globules blancs à 3300 éléments/mm³ et des plaquettes à 98000 éléments/mm³. A la radiographie du thorax, il y avait des images interstitielles bilatérales et un foyer basal droit de pneumopathie d'inhalation. Devant un retard de réveil, un scanner cérébral a été fait à J3 d'hospitalisation et était sans anomalies. L'évolution était favorable sous une ventilation protectrice, une antibiothérapie adaptée pendant dix jours et une corticothérapie intraveineuse. Le patient était extubé à J8 d'hospitalisation, sevré de l'oxygène à J14. Une angio-TDM thoracique réalisée à J13 a éliminé une embolie pulmonaire et a objectivé un foyer de pneumopathie d'inhalation. Un examen ophtalmologique a objectivé une conjonctivite bilatérale d'exposition traitée par des collyres à base d'antibiotiques avec un examen de contrôle à J7 de traitement sans anomalies. Le patient est sorti à J14 d'hospitalisation avec un examen clinique normal, une gazométrie satisfaisante à l'air ambiant et un bilan biologique normal.

Conclusion : Notre observation montre que l'intoxication par l'hydrogène sulfuré peut causer une atteinte pulmonaire lésionnelle et infectieuse grave. Le dosage de ce toxique n'est pas courant. Il s'agit d'une observation exceptionnelle vu sa survenue dans le cadre d'un accident de travail.

P 333 INTOXICATION AIGUË PAR LA LAMOTRIGINE EN REANIMATION : ETUDE EPIDEMIO-CLINIQUE

H. Larnaout : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..

H. Ben Ghezala : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..

A. Ben Jazia : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..

W. Homrani : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..

S. Ghalloussi : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..

M. Kharrat : Service de réanimation polyvalente et toxicologique Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale urgente..

N. Brahmi : Service de réanimation polyvalente et toxicologique Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale urgente..

Introduction : La lamotrigine est un anticonvulsivant à large spectre couramment utilisé pour traiter les épilepsies et les troubles bipolaire. L'intoxication à la lamotrigine est généralement bénigne. Cependant, des cas d'intoxications grave sont de plus en plus rapportés.

Objectif : Rapporter l'expérience récente d'un service de réanimation médicale dans la prise en charge de l'intoxication à la lamotrigine.

Méthode : Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective mono centrique observationnelle étalée sur 6 ans de 2018 à 2023. Nous avons inclus dans cette étude tous les patients admis au service de réanimation pour intoxication médicamenteuse dont la lamotrigine. Le recueil des données s'est fait à partir des dossiers des patients. Les données ont été rassemblées et analysées statistiquement via le logiciel Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 22.0.

Résultat : Nous avons inclus au total 39 patients avec un genre ratio à 0,11. Une nette prédominance féminine a été observée. L'âge moyen de la population était de 30 ± 13ans. Quatre-vingts pourcent des patients étaient des adultes. Douze patients étaient des épileptiques sous lamotrigine. Quatre-vingt-sept pourcent des patients étaient suivis pour une pathologie psychiatrique principalement la bipolarité avec 38,5% des patients. Soixante-quatorze pourcent des intoxications étaient polys médicamenteuses. Seulement 10 patients ont pris uniquement de la lamotrigine. Le délai moyen de consultation était de 4 heures. La médiane de la dose ingérée était à 1500mg [500mg-8300mg]. Tous les patients ont ingéré de la lamotrigine dans un but d'autolyse. A l'examen clinique on a retrouvé : des troubles digestifs (19,5%), nystagmus (14,6%), une hyper-réflexie (12,2%), une ataxie (9,8%) et des myoclonies (4,9%). Deux patients ont eu un allongement du segment QT à l'électrocardiogramme. A la biologie, 36,6% des patients avaient une hypokaliémie, 2 patients avaient une rhabdomyolyse et 2 autres patients une thrombopénie. Un seul patient a reçu du charbon activé et a bénéficié d'un lavage gastrique. Quarante-quatre pourcent des patients ont nécessité le recours à la ventilation mécanique avec une durée moyenne de 24 ± 86 heures. Quatre patients ont présenté une pneumopathie d'inhalation. La durée moyenne du séjour était de 1 ± 3 jours. Le séjour de trois patients s'est compliqué d'une embolie pulmonaire nécessitant une anticoagulation curative. Aucun cas de décès n'a été enregistré.

Conclusion : Notre étude montre que l'intoxication à la lamotrigine reste bénigne. La toxicité cardiaque qui engage le pronostic vital est très rare. Le nombre de patients intoxiqués par la lamotrigine uniquement était faible ne permettant pas une étude plus spécifique.

P 334 INTOXICATIONS ACCIDENTELLES PAR INHALATION DE VAPEURS CHLOREES EN REANIMATION

S. Ghalloussi : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..
A. Ben Jazia : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..
H. Ben Ghezala : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..
S. Essghaier : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..
S. Rabhi : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..
M. Kharrat : Service de réanimation polyvalente et toxicologique Centre Mahmoud Yaacoub d assistance médicale urgente..
N. Brahmi : Service de réanimation polyvalente et toxicologique Centre Mahmoud Yaacoub d assistance médicale urgente..

Introduction : Les intoxications aiguës par inhalation de vapeurs chlorées sont fréquentes en milieu domestique et aux urgences mais très rares en réanimation. L'intoxication est souvent accidentelle suite à un mélange de produits.

Objectif : Décrire les données épidémiolo-cliniques, thérapeutiques et évolutives des intoxications aux vapeurs chlorées admises dans un service de réanimation.

Méthode : Etude observationnelle rétrospective, descriptive et monocentrique menée dans un service de réanimation médicale. Nous avons inclus toutes les intoxications aiguës sévères aux vapeurs chlorées admises en réanimation entre 2014 et 2023. L'intoxication était retenue sur des critères anamnestiques et cliniques. L'analyse était descriptive

Résultat : Douze patients ont été inclus. Toutes les victimes d'intoxication étaient des femmes. La médiane d'âge était de 42 ans avec des extrêmes de 23 et de 89 ans. On note la présence de terrain atopique dans 25% des cas et de tabagisme chez 4 patients. Un antécédent d'asthme était présent chez 2 patientes. Le délai médian d'apparition des symptômes est de 30 minutes [15min-1H]. La symptomatologie était essentiellement respiratoire faite de dyspnée avec polypnée (100%), bronchospasme avec des râles sibilants (100%), toux (75%) et douleur thoracique (42%). Une hypoxémie était objectivée à la gazométrie dans 67% des cas avec une cyanose dans 8% des cas. Une irritation oculaire était notée dans 16% des cas, une dysphonie dans 17% des cas, des céphalées dans 25% des cas et des nausées avec vomissements dans 50% des cas. A la radiographie thoracique, il y avait une distension thoracique chez 4 patients. Une patiente avait une pneumopathie. Sept patients avaient une radiographie du thorax normale. Une corticothérapie IV ainsi que des bronchodilatateurs étaient administrées chez tous les patients. Aucune patiente n'a nécessité le recours à la ventilation mécanique invasive. L'évolution était favorable chez toutes les patientes.

Conclusion : Notre travail montre que l'inhalation de vapeurs chlorés, bien que rare en soins intensifs, peut se présenter sous une forme sévère en réanimation. Un suivi en pneumologie est conseillé en cas d'intoxication grave ou si les symptômes sont persistants.

P 335 INTOXICATION GRAVE A LA COLCHICINE : ETUDE DE 4 OBSERVATIONS

S. Ghalloussi : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..
H. Ben Ghezala : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..
A. Ben Jazia : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..
S. Essghaier : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..
S. Rabhi : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..
M. Kharrat : Service de réanimation polyvalente et toxicologique Centre Mahmoud Yaacoub d assistance médicale urgente..
N. Brahmi : Service de réanimation polyvalente et toxicologique Centre Mahmoud Yaacoub d assistance médicale urgente..

Introduction : La colchicine est un médicament à index thérapeutique étroit. L'intoxication à la colchicine est peu fréquente mais potentiellement mortelle. Nous rapportons dans ce travail quatre intoxications graves par la colchicine.

Cas clinique : Observation 1 : Patiente âgée de 22 ans, suivie pour maladie de Behçet, consulte aux urgences une heure après avoir ingéré volontairement 20 mg de colchicine (0.3mg/kg). La présentation initiale était faite de vomissements, hypotension, hypokaliémie et acidose métabolique lactique. L'évolution a été marquée par l'installation d'un choc cardiogénique suivi rapidement d'une défaillance multiviscérale. Malgré une prise en charge médicale agressive, la patiente a présenté un arrêt cardiaque non récupéré. Observation 2 : Patiente âgée de 30 ans sans antécédents consulte aux urgences à H7 post-ingestion de 30mg de colchicine (0.3mg/kg). L'évolution était marquée par l'installation d'une pancytopenie fébrile avec syndrome hémorragique. L'évolution était favorable sous transfusion de facteurs de croissance, de culots plaquettaires et globulaires. La patiente a été mise sortante à J13. Observation 3 : Une patiente de 16 ans sans antécédents s'est présentée aux urgences à H6 d'ingestion de 1mg/kg (60mg) de colchicine. A la biologie il y avait une acidose métabolique lactique, une hypokaliémie, une cytolyse et un TP bas à 11%. L'évolution était marquée par l'installation d'un choc cardiogénique à H40 de l'ingestion. Patiente décédée dans un tableau de défaillance multiviscérale. Observation 4 : Une patiente de 38 ans suivie pour aphtose buccale sous Colchicine, admise à H24 d'une intoxication volontaire par 40mg de colchicine (0,72mg/kg).

Elle s'est présentée avec des vomissements, hématomes et diarrhées profuses. L'évolution était marquée par la survenue d'un iléus paralytique avec installation d'une pancytopenie accompagnée d'une épistaxis et de gingivorragies. L'évolution était fatale à J7 suite à une défaillance multiviscérale.

Conclusion : L'intoxication par la colchicine est potentiellement létale et l'efficacité de l'immunothérapie comme antidote chez l'homme reste discutée. Comme le montre notre travail, une prise en charge symptomatique agressive ne peut empêcher les décès par cette intoxication.

P 336 UNE INTOXICATION AUX ESTERS ORGANOPHOSPHORÉS AVEC UNE PRÉSENTATION INHABITUELLE : LA COEXISTENCE D'UN PRES ET D'UNE CARDIOMYOPATHIE DE TAKOTSUBO

S.Jerbi : Réanimation Polyvalente Hbib Bourguiba Sfax.

N.Baccouch : Réanimation Polyvalente Hbib Bourguiba Sfax.

A.Dammak : Réanimation Polyvalente Hbib Bourguiba Sfax.

F.Houri : Réanimation Polyvalente Hbib Bourguiba Sfax.

M.Assaguem : Réanimation Polyvalente Hbib Bourguiba Sfax.

H.Chelli : Réanimation Polyvalente Hbib Bourguiba Sfax.

M.Bahloul : Réanimation Polyvalente Hbib Bourguiba Sfax.

C.Ben Hamida : Réanimation Polyvalente Hbib Bourguiba Sfax.

M.Bouaziz : Réanimation Polyvalente Hbib Bourguiba Sfax.

Introduction : Les intoxications aux organophosphorés sont généralement associées à des manifestations neurologiques et systémiques graves. Cependant, on rapporte le cas d'une intoxication aux esters organophosphorés avec une présentation clinique atypique et exceptionnelle.

Cas clinique : Il s'agit d'une patiente âgée de 26 ans sans antécédents particuliers admise dans notre service pour altération de l'état de conscience en rapport avec une intoxication aux esters organophosphorés. En plus des symptômes neurologiques classiques, cette patiente a développé simultanément un syndrome d'encéphalopathie réversible postérieure (PRES) et une cardiomyopathie de Takotsubo, deux entités inhabituelles et rarement observées ensemble. L'évolution était favorable. La patiente était mise sortante à domicile après un séjour de 19 jours en réanimation.

Conclusion : Ce cas souligne l'importance d'une évaluation complète et d'une prise en charge multidisciplinaire dans les situations inhabituelles, afin d'optimiser la prise en charge de ces patients.

P 337 INTOXICATIONS PAR LE FER: A PROPOS DE 26 CAS

A.Ouhibi : Urgences CAMU CAMU.

M.Kilani : Urgences CAMU CAMU.

M.Naija : Urgences CAMU CAMU.

H.El Ghord : Urgences CAMU CAMU.

H.Thabet : Urgences CAMU CAMU.

Introduction : L'intoxication aiguë par le fer est une intoxication assez fréquente, parfois mortelle. Elle est généralement accidentelle chez les enfants et dans un but suicidaire chez l'adulte. La toxicité du fer réside dans l'induction de la formation des radicaux libres.

Objectif : Etudier les aspects cliniques et biologiques des intoxications aiguës par le fer.

Méthode : Il s'agissait d'une étude descriptive rétrospective menée au service des urgences sur une période de dix-huit mois. Nous avons inclus tous les patients âgés de plus de 14 ans ayant consulté les urgences pour éventuelle intoxication aiguë par les sels ferreux, le diagnostic a été posé sur la base d'éléments anamnestiques. Nous avons exclu les patients ayant des dossiers incomplets non exploitables.

Résultat : Vingt-six patients ont été colligés. L'âge moyen était de 23.4 ± 6 ans. Le délai médian de la consultation aux urgences était de 6 ± 5 heures. L'intoxication était polymédicamenteuse chez 53.9% des patients. Les signes cliniques les plus observés étaient n (%) : épigastralgie 14(53.8), diarrhée 5(19.2) et vomissements 4(15.4). Les taux moyens de ALAT, ASAT et créatinine étaient de 21 ± 8 UI / L, 17 ± 14 UI / L et 69 ± 15 μ mol/L respectivement. Le type de la molécule de fer était dominé par la sulfate de fer et la fumarate de fer dans 53.8% et 30% des cas respectivement. Un nombre moyen de comprimés ingérés était de 21.8 ± 16 . Une dose supposé ingérée moyenne en fer élément était de 1486 ± 1446 mg ce qui correspond à une quantité moyenne par poids de 15.9 ± 13.5 mg/kg. La sidérémie moyenne était de 35.9 ± 23.8 micromol/L. La durée de séjour moyenne de 6.5 ± 3.8 heures. L'analyse univariée a montré une corrélation entre la dose de fer ingéré, la quantité par mg/kg avec la durée de séjour ($p=0.03$ et $p=0.002$ respectivement).

Conclusion : Le diagnostic des intoxications par les sels de fer repose sur l'anamnèse, la présentation clinique et le dosage du fer sérique. La symptomatologie évolue en plusieurs phases d'où l'intérêt de prolonger la mise en observation des patients.

P 338 ALTERATION DE L'ETAT NEUROLOGIQUE D'ORIGINE TOXIQUE AUX URGENCES : ETUDE EPIDEMIO-CLINIQUE

S.Sellaoui : Urgences Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente.

M.Kilani : Urgences Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente.

S.Aissaoui : Urgences Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente.

H.Chabbeh : Urgences Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente.

H.Thabet : Urgences Centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente.

Introduction : Les expositions neurotoxiques sont courantes et restent un motif de consultation fréquent aux urgences. Plusieurs substances peuvent provoquer une altération de l'état neurologique. La prise en charge est basée sur l'intubation et la ventilation mécanique ou l'utilisation d'antidote.

Objectif : Etudier l'épidémiologie des patients consultant pour une altération de l'état neurologique d'origine toxique aux urgences et identifier les molécules incriminées.

Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et monocentrique réalisée au service des urgences. Tous les patients qui ont consulté pour altération de l'état neurologique d'origine toxique de janvier 2020 à juin 2023 âgés de plus de 14 ans ont été inclus. N'ont pas été inclus les patients qui ont consulté pour altération de l'état neurologique dans le cadre d'une intoxication par le monoxyde de carbone. Pour chaque patient, nous avons recueilli les caractéristiques cliniques et évolutives ainsi que les molécules incriminées.

Résultat : Durant la période de l'étude, 144 patients ont été inclus. L'âge médian était de 35[21-44] ans, avec un genre-ratio à 0,94. Dix-neuf patients (13,1%) avaient des antécédents médicaux : hypertension artérielle (4,9%), diabète (4,9%), épilepsie, antécédents psychiatriques (38,2%). Chez 127 patients (88,2%), il s'agissait d'une ingestion volontaire dans un but suicidaire. L'intoxication était médicamenteuse chez 68 patients (47,2%), due à un rodenticide notamment l'alphachloralose chez 55 patients (38,1%) des cas, due à une consommation d'éthanol chez 8 malades (5,6%), de nature indéterminée chez 13 malades (9,1%). Lorsqu'il s'agissait d'une intoxication médicamenteuse, elle était mono-médicamenteuse dans 50% des cas, bi-médicamenteuse dans 19% des cas, tri-médicamenteuse et plus dans 20% des cas. Les molécules les plus incriminées étaient des hypnotiques (33%), suivis des anticonvulsivants (22%) et des neuroleptiques (22%) puis des antidépresseurs (13%). Les benzodiazépines étaient les hypnotiques les plus incriminés et ont été rapportés dans 90 % des cas. La carbamazépine était l'anticonvulsivant le plus incriminé (61%), suivie du valproate de sodium (23%) et du phénobarbital (14%). Le score de Glasgow médian à l'admission était de 7[6-12], avec une agitation inconsciente dans 10,4% des cas, des convulsions dans 3,5% des cas et des trémulations dans 27% des cas. Le recours à la ventilation mécanique invasive a été réalisé chez 84 patients (58,3%), le flumazénil a été utilisé chez 6 patients (4,2%) et l'atropine chez 2 patients (1,4%). Cent-treize patients (78,5%) ont été admis en réanimation et 1 seul patient est décédé aux urgences.

Conclusion : L'altération de l'état neurologique d'origine toxique concerne la population jeune avec des antécédents psychiatriques. Les molécules les plus incriminées sont les médicaments et les rodenticides. Près de trois-quarts des patients sont admis et plus de la moitié sont intubés.

P 339 PROFIL DES INTOXICATIONS AIGUËS PAR LA QUETIAPINE EN REANIMATION

S. Ghalloussi : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..

A. Ben Jazia : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..

H. Ben Ghezala : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..

S. Essghaier : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..

B. Ben Dhia : Service de réanimation polyvalente et toxicologique. Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale Urgente. Tunis..

N. Brahmi : Service de réanimation polyvalente et toxicologique Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale urgente..

Introduction : La quétiapine est un antipsychotique atypique de deuxième génération dont les prescriptions sont en hausse en Tunisie depuis quelques années. L'intoxication aiguë par la quétiapine est certes de plus en plus fréquente mais peu connue et peu rapportée.

Objectif : Etudier les caractéristiques épidémiocliniques, thérapeutiques et évolutives des patients admis pour intoxication aiguë à la quétiapine.

Méthode : Nous avons étudié de façon observationnelle rétrospective de 2008 à 2022 les cas d'intoxications à la quétiapine admis en réanimation. Nous avons recueilli des données démographiques, cliniques, biologiques et évolutives. L'analyse statistique était descriptive avec respect de l'anonymat des patients.

Résultat : L'extraction des données a permis de recenser 29 cas d'intoxication à la quétiapine. L'âge moyen était de 39 ± 14 ans de sexe essentiellement féminin (82,3%). Tous les patients étaient suivis en psychiatrie essentiellement pour un trouble bipolaire (44,8%) et une dépression (41,4%). L'intoxication était poly médicamenteuse dans 65,5% des cas. Les benzodiazépines étaient les plus incriminées dans la Co-ingestion (44,8%) alors que dans 15% des cas elle était associée à une prise d'Alcool. Toutes les intoxications étaient volontaires dans un but d'autolyse. La médiane de dose supposée ingérée était de 1g avec un minimum de 0,1g et un maximum de 9g. Le délai de consultation médian était de 3h [1,15]. Les signes cliniques étaient majoritairement cardiovasculaires à type de tachycardie (69%), un intervalle QTc allongé (8%) et une hypotension (20,7%). Un syndrome anticholinergique a été retrouvé dans 13,8% des cas. Le score de Glasgow moyen égal à 10/15. Les autres manifestations neurologiques étaient un myosis (62,1%), des convulsions (3,4%), un délirium (10,3%), une agitation (13,8%), des signes de localisation (3,4%) et un nystagmus observé chez un seul patient. A la biologie, une insuffisance rénale aiguë était présente dans 3,4% des cas, une acidose (13,8%), une hyperglycémie (6,9%) et une rhabdomyolyse (3,4%). Le recours à la ventilation mécanique invasive était nécessaire dans 38% des. Tous les malades ont été extubés. Le réveil peut être marqué par une agitation (17,2%) ou un délire (3,4%). Aucune complication cardiovasculaire n'est survenue dans notre série et le taux de mortalité est nulle.

Conclusion : La quétiapine peut entraîner une intoxication grave pour laquelle il n'existe actuellement aucun traitement spécifique. Les patients et les praticiens doivent en être conscients lorsque la quétiapine est prescrite, en particulier lorsqu'elle est utilisée en association avec d'autres médicaments.

P 340 INTOXICATION AIGUE AUX URGENCES : FACTEURS LIES A L'ADMISSION EN REANIMATION

S.RHAIEM : Service des urgences-SMUR Hopital Régional Ben Arous.
H.BEN TURKIA : Service des urgences-SMUR Hopital Régional Ben Arous.
F.SBEI : Service des urgences-SMUR Hopital Régional Ben Arous.
I.ALOUI : Service des urgences-SMUR Hopital Régional Ben Arous.
A.BAKIR : Service des urgences-SMUR Hopital Régional Ben Arous.
H.GHAZALI : Service des urgences-SMUR Hopital Régional Ben Arous.
S.SOUISSI : Service des urgences-SMUR Hopital Régional Ben Arous.

Introduction : L'intoxication aiguë(IA) est une urgence thérapeutique, nécessitant souvent une hospitalisation en réanimation. Dans la littérature, la plupart des études ont été menées dans des services de réanimation ou de toxicologie spécialisés, ce sujet demeure peu exploité dans le cadre des urgences polyvalentes.

Objectif : Identifier les facteurs liés à l'admission en réanimation d'une intoxication aiguë.

Méthode : Etude rétrospective observationnelle, menée dans un service d'urgence polyvalente, sur une période de 10 ans (2012- 2022), inclusion de tous les patients âgés de plus de 16 ans qui ont consulté pour IA, diagnostic retenu soit devant le contexte anamnestique soit par la screening toxicologique, avec recueil des paramètres cliniques, biologiques, thérapeutiques et évolutifs.

Résultat : Inclusion de 535 patients, d'âge moyen 27.2 ans, genre-ratio 0.2. Le taux de patients transférés en réanimation était de 16%. Une Ventilation mécanique invasive a été indiquée pour 36 patients dont 33 transférés en réanimation. Les facteurs associés à une indication d'hospitalisation en réanimation sont représentés dans le tableau1(Fig1)

Conclusion : Dans notre étude, la nature du toxique et la présence de toxidrome constituent les principaux facteurs associés à une indication d'hospitalisation en réanimation. Du fait de l'évolution imprévisible de cette pathologie une orientation précoce des patients est primordiale.

Tableau1 : Facteurs associés à l'admission en réanimation dans les intoxications aiguës

	Total % (N)	Admis Réa 16 (N=88)	Non admis 84 (N=447)	p
Age (année)±DS		27.2±12	28 ±12	0.5
Présence de toxidrome	22(118)	8(45)	13.7 (73)	0.000
Pesticides	19(104)	8(41)	11.5 (61)	0.000
Organophosphoré	10(53)	3(15)	7(37)	0.012
Chloralose	9(50)	5(27)	4(22)	0.000
Psychotropes	25(136)	3(16)	22.6 (108)	0.082
Anxiolytiques	6(33)	0	100 (33)	0.000
Paracétamol	16(85)	1(6)	15(79)	0.01
Ventilation Mécanique	7(36)	6(33)	1 (3)	0.000

P 341 PRESENTATION INHABITUELLE D'UNE MYOCARDITE TOXIQUE SECONDAIRE A LA PRISE D'ECSTASY: A PROPOS D'UN CAS

Allouche.H : Réanimation médicale Hôpital Habib Bougatfa de Bizerte.

Ben Hassine.H : Réanimation médicale Hôpital Habib Bougatfa de Bizerte.

Guisouma.J : Réanimation médicale Hôpital Habib Bougatfa de Bizerte.

Benali.H : Réanimation médicale Hôpital Habib Bougatfa de Bizerte.

Trabelsi.I : Réanimation médicale Hôpital Habib Bougatfa de Bizerte.

Gamara.FE : Réanimation médicale Hôpital Habib Bougatfa de Bizerte.

Samet.M : Réanimation médicale Hôpital Habib Bougatfa de Bizerte.

Brahmi.H : Réanimation médicale Hôpital Habib Bougatfa de Bizerte.

Ghadhoune.H : Réanimation médicale Hôpital Habib Bougatfa de Bizerte.

Introduction : La consommation de la 3,4-méthylènedioxyméthamphétamine (MDMA), connue sous le nom d'ecstasy, a augmenté ces dernières années chez les jeunes. Utilisée dans un but récréatif, cette molécule n'est pas dénuée d'effets secondaires. En effet de graves complications cardiaques ont été rapportés.

Cas clinique : Il s'agissait d'un homme de 27 ans sans antécédents pathologiques qui consulte les urgences pour fièvre et troubles digestifs survenant six heures après la consommation d'alcool et d'une dose non précisée d'ecstasy. L'examen initial a retrouvé un patient obnubilé (GCS=13), tachycarde (FC=120 bpm) et fébrile à 38.5°C. A la biologie : TP à 42%, cytolyse (ASAT/ALAT 2533/2686 UI/L), Troponines-Us élevés (4269 UI/L). L'ECG et l'ETT initiaux étaient normaux. L'évolution à J2 était marquée par une aggravation clinique : polypnée et état de choc nécessitant le recours à l'oxygénothérapie et à la noradrénaline. A la biologie de contrôle : acidose métabolique (lactates=11,4 mmol/L), dégradation de la fonction hépatique (TP=39%, facteur V=18%, SGOT/SGPT=3461/3488 UI/L, ammoniémie=147 µmol/L), thrombopénie (PLQ=100 000 éléments/mm³), rhabdomyolyse (CPK=4000UI/L) et une agression rénale KADIGO3 avec des Troponines-Us 4225UI/L. Les sérologies VIH, VHA, VHB et du VHC étaient négatifs. Une écho-doppler des veines sus-hépatiques a éliminé le syndrome de Budd Chiari. A l'ETT de contrôle : FEVG à 39 % avec hypokinésie globale. L'IRM cardiaque a confirmé le diagnostic de myocardite. A J3, le patient a présenté une détresse respiratoire avec augmentation des besoins en Oxygène jusqu'à 15l/min. Devant la défaillance cardiaque, le patient a été mis sous dobutamine. L'échographie pleurale a montré un épanchement pleural bilatéral prédominant à droite qui a été drainé ramenant un transsudat. L'évolution était favorable avec sevrage des amines à J05, sevrage progressif de l'oxygénothérapie avec amélioration de la fonction rénale et hépatique. A J09, le patient a été transféré au service de cardiologie

Conclusion : La myocardite est une complication rare de la prise d'ecstasy. La présentation clinique peut être d'emblée grave avec un choc cardiogénique associé à une défaillance multiviscérale. L'IRM cardiaque permet de confirmer ce diagnostic et orienter la prise en charge.

P 342 PROFIL ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET CLINIQUE DES ENVENIMENTS SCORPIONNIQUES AUX URGENCES

Lazzez fatma : Service des urgences et SAMU04 hôpital Habib Bourguiba Sfax.
Karray Rim : Service des urgences et SAMU04 hôpital Habib Bourguiba Sfax.
Kessentini Hana : Service des urgences et SAMU04 hôpital Habib Bourguiba Sfax.
Walha mahdi : Service des urgences et SAMU04 hôpital Habib Bourguiba Sfax.
Kamoun Leila : Service des urgences et SAMU04 hôpital Habib Bourguiba Sfax.
Chakroun Olfa : Service des urgences et SAMU04 hôpital Habib Bourguiba Sfax.
Chaari adel : Service des urgences et SAMU04 hôpital Habib Bourguiba Sfax.
Issaoui Fadhila : Service des urgences et SAMU04 hôpital Habib Bourguiba Sfax.
Rekik Nouredine : Service des urgences et SAMU04 hôpital Habib Bourguiba Sfax.

Introduction : L'envenimation scorpionnique est un accident relativement fréquent dans notre pays. Les formes graves nécessitent toujours l'admission en réanimation et sont souvent associées à une mortalité élevée. Ceci correspond à deux manifestations d'insuffisances cardiaques aiguës: choc et/ou œdème pulmonaire cardiogénique

Objectif : L'objectif de notre travail est d'étudier le profil épidémioclinique des patients victimes d'envenimation scorpionnique admis à la salle de déchoquage

Méthode : Il s'agit d'une étude prospective, descriptive s'étendant sur une période de 3 mois, de juin 2021 jusqu'à août 2023 colligeant tous les patients admis aux SAUV pour prise en charge d'une envenimation scorpionnique.

Résultat : Nous avons inclus 28 patients. L'âge moyen était de 31 +/-22 avec des extrêmes d'âges entre 1 an et 75 ans. Le sexe ratio était de 1.33 avec une prédominance masculine 15 patients sont arrivés aux urgences par leur propres moyens (53.6%), 10 patients par une ambulance type B (35.7%) et 3 patients par le SAMU (10.7%). Parmi ses patients, 16 ont consulté un hôpital régional initialement (57.9%) Le délai moyen de consultation était de 2 heures. On note que les 2/3 des patients ont été piqué le soir soit entre 20h et 8h. 15 patients ont été piqué par un scorpion jaune avec des crochets noirs (53.6%), un scorpion jaune (n=7 ;25%), noir (n=1) et 5 n'ont pas vu le scorpion. Le scorpion de taille > 5cm dans 35.7% six patients ayant pratiqué une scarification Sur le plan clinique, 24 ont présenté des vomissements (85.7%), des sueurs profuses (n=21 ;75%), des frissons (n=13 ;46.6%) et un priapisme (n=4 ;14.3%) Hémodynamiques : on a noté un état de choc cardiogénique chez 3 patients (10,7%) Pour les signes respiratoires, un œdème aigu de poumon chez 9 patients (32.1%), Une ETT a été pratiquée pour tous patient montrant une dysfonction systolique sévère (FEVG<35%) chez 2 patients, et un Fe VG moyennement altéré chez 4 patients (14.3%) On a noté aussi un taku tsobo inversé chez 3 patients. La troponine était positive chez 15 patients avec une moyenne de 204.78 +/- 312.11 L'évolution a été favorable avec sortie pour 18 patients (64.3%) et transfert pour le reste

Conclusion : Nous avons inclus 28 patients. L'âge moyen était de 31 +/-22 avec des extrêmes d'âges entre 1 an et 75 ans. Le sexe ratio était de 1.33 avec une prédominance masculine 15 patients sont arrivés aux urgences par leur propres moyens (53.6%), 10 patients par une ambulance type B (35.7%) et 3 patients par le SAMU (10.7%). Parmi ses patients, 16 ont consulté un hôpital régional initialement (57.9%) Le délai moyen de consultation était de 2 heures. On note que les 2/3 des patients ont été piqué le soir soit entre 20h et 8h. 15 patients ont été piqué par un scorpion jaune avec des crochets noirs (53.6%), un scorpion jaune (n=7 ;25%), noir (n=1) et 5 n'ont pas vu le scorpion. Le scorpion de taille > 5cm dans 35.7% six patients ayant pratiqué une scarification Sur le plan clinique, 24 ont présenté des vomissements (85.7%), des sueurs profuses (n=21 ;75%), des frissons (n=13 ;46.6%) et un priapisme (n=4 ;14.3%) Hémodynamiques : on a noté un état de choc cardiogénique chez 3 patients (10,7%) Pour les signes respiratoires, un œdème aigu de poumon chez 9 patients (32.1%), Une ETT a été pratiquée pour tous patient montrant une dysfonction systolique sévère (FEVG<35%) chez 2 patients, et un Fe VG moyennement altéré chez 4 patients (14.3%) On a noté aussi un taku tsobo inversé chez 3 patients. La troponine était positive chez 15 patients avec une moyenne de 204.78 +/- 312.11 L'évolution a été favorable avec sortie pour 18 patients (64.3%) et transfert pour le reste

P 343 FATAL MULTI-ORGAN FAILURE AND DISSEMINATED INTRAVASCULAR COAGULATION AFTER MDMA INGESTION IN A YOUNG TUNISIAN PATIENT

A.Hammedi : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
H.Sfar : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
A.Yaacob : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
D.Ben Braiek : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
Y. Ben Ali : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
S. Bel Haj Youssef : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
N. Boukadida : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
A.Kacem : Pulmonology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
A. Jamel : Cardiology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
H. Belkhiria : Cardiology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
H. Ammar : Cardiology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia..
A. Boufares : Cardiology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia..
M. Kharrat : Cardiology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia..
N. Ben Halima : Cardiology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia..
R. Ben Jazia : Pulmonology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
J. Ayachi : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia..

Introduction : N-Methyl-3,4-methylenedioxymphetamine(MDMA) also called “Ecstasy” is a synthetic drug that alters mood and perception. It is similar to stimulants and hallucinogens, producing feelings of increased energy and pleasure. Unusual clinical presentation caused by amphetamine overdose is described in this case.

Cas clinique : A 19 years old male patient with no comorbidities presented to the emergency department for a coma associated to malignant hyperthermia. Upon admission, the examination showed : fever at 43.1°C, a Glasgow coma scale of 3/15, glucose level of 0.87g/L, a shock with blood pressure of 85/40mmHg and pulse rate was 151bpm, and a pulse saturation in room air at 81%. Patient was intubated and put under mechanical ventilation and managed with fluid challenge and norepinephrin. The history revealed an ingestion of 770 mg of ecstasy few hours before ICU admission without history of trauma or meningitis symptoms. Laboratory tests showed : a disseminated intravascular coagulopathy (DIC) with thrombocytopenia 52000 / mm³ and prothrombin time < 10%, acute renal failure with creatinine of 172µmol/l, hepatic cytolysis with ASAT : of 217ui/l and metabolic acidosis on ABG with ph : 7,04 / PaCo2 :54mmHg / PaO2 :57mmHg /HCO3- :14,6 mmol/l and SaO2 : 73%. Patient evolution was marked by the appearance of hemorrhagic syndrome with epistaxis, gastrointestinal bleeding, alveolar hemorrhage and multiple hematomas with clinical signs of brainstem death. Despite cooling, antipyretic, the transfusion of RBC, platelets and 10 pellets of fresh frozen plasma ; norepinephrine, dobutamine and alkalisation the patient died due to multiorgan failure and refractory shock.

Conclusion : This case shows that MDMA consumption is a life threatening condition. Clinicians should be aware by identifying symptoms of MDMA intoxication especially sympathetic signs, hyperthermia and DIC to prevent fatal evolution.

P 344 DRESS SYNDROME INDUCED BY ALLOPURINOL: A CASE REPORT

S.RHALEM : Service des urgences-SMUR Hopital Régional Ben Arous.
A.BAKIR : Service des urgences-SMUR Hopital Régional Ben Arous.
F.MANSOUR : Service des urgences-SMUR Hopital Régional Ben Arous.
K.AMDOUNI : Service des urgences-SMUR Hopital Régional Ben Arous.
I.CHERMITI : Service des urgences-SMUR Hopital Régional Ben Arous.
S.SOUISSI : Service des urgences-SMUR Hopital Régional Ben Arous.

Introduction : Drug rash with eosinophilia and systemic symptoms (DRESS) syndrome is a severe adverse drug reaction, many drugs have been associated with this clinical entity, including allopurinol. Here we report a case of DRESS syndrome diagnosed in the Emergency department (ED).

Cas clinique : A 64-years-old man, with history of arterial hypertension, coronary disease, cardiac arrhythmia and recently diagnosed hyperuricaemia, Chronic obstructive pulmonary disease, consulted in the ED with fever, generalized edema and pruritus since 3 days. He had been treated with nebivolol, clopidogrel, acetylsalicylic acid for several years and allopurinol for the past 4 weeks. On physical examination during admission he was eupneic with a pulsed oxygen saturation of 98%, his blood pressure was 70/40mmHg with signs of peripheral hypoperfusion. The temperature was 38.5°C and lesions due to pruritus were noted. Blood tests showed 3020 eosinophils/mm³, with no atypical lymphocytes, serum creatinine level of 166µmol/L, and myocardial parameters alterations: troponin value of 195ng/L and total bilirubin of 7 µmol/L, with a normal prothrombin time. His blood sample showed hyperlactatemia (3 mmol/L).

Abdominal ultra-sound, as well hepatic viral serology were performed and did not revealed any abnormalities. DRESS syndrome secondary to allopurinol was suspected and skin biopsy was requested. It showed lichenoid dermatosis in favor of a toxidermia that may be part of a DRESS syndrome. It was decided to suspend the drug, treat the hemodynamic failure with intravenous epinephrine and corticoid therapy was started with topical hydrocortisone butyrate twice a day during a week, and oral prednisolone 40 mg per day for a month. The patient was admitted in the emergency department during one week with clinical and analytical improvement.

Conclusion : DRESS syndrome is an idiosyncratic drug reaction characterised by rash, fever, lymphadenopathy and internal organ involvement. Allopurinol is one of the drugs that have been implied. Systemic corticosteroids can reduce symptoms of delayed hypersensitivity reactions.



P 345 UN OEDEME AIGU DU POUMON LESIONNEL SECONDAIRE À UNE INTOXICATION AU CYANURE: UNE ETUDE CLINIQUE À PROPOS D'UN CAS

D. HOSNI : Urgences hopital charles nicolles tunis.
M. BELAID : Urgences hopital charles nicolles tunis.
S. OUERGHI : Urgence hopital charles nicolles.
S. KHABOUCI : Urgences HCN.
S. KHALIFA : Urgences HCN.
S. KHIARI : Urgences HCN.
S. JOUINI : Urgences HCN.

Introduction : L'œdème aigu du poumon est un motif de consultation fréquent aux urgences avec un bilan étiologique variable mais la cause lésionnelle toxique reste rare.

Cas clinique : Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 43 ans, aux ATCDs de diabète consulte pour une dyspnée aiguë dans un contexte d'apyrexie et sans autres signes associés. En réinterrogeant la patiente, elle rapporte la notion d'exposition aux fumées d'incendie 3 jours avant son admission. La patiente a consulté initialement un médecin de libre pratique puis transférée vers nos urgences devant l'altération de l'état hémodynamique et respiratoire. L'examen clinique initial trouve une patiente polypneïque, elle désature à l'aa, AP a objectivé des râles crépitants et ronflants elle était sous NAD avec une TA=110/60, extrémités chaudes, pas de signes d'insuffisance cardiaque droite, l'ECG a montré une tachycardie sinusale, à la gazométrie une acidose métabolique aiguë à trou anionique élevée hyperlactique, à la biologie un ionogramme sanguin normale, une fonction rénale correcte, pas de cytolysé ni cholestase, pas de SIB, la radiographie thoracique a montré des images alvéolo-interstitielles diffuses et confluentes, devant la suspicion d'un OAP lésionnel post intoxication au cyanure, la patiente était mis sous VNI en mode VS-AI, et elle a été transférée au service de réanimation médicale.

Conclusion : Au cours de l'intoxication au cyanure, la survenue d'un OAP lésionnel reflète la gravité du tableau clinique. La prise en charge se base sur une réanimation respiratoire et l'administration d'un antidote

P 346 APPORT DE L'IMAGERIE CÉRÉBRALE DANS L'INTOXICATION AU MÉTHANOL. A PROPOS DE 3 CAS

Djerbi Mouna : Urgences et SAMU 04 CHU HABIB BOURGUIBA SFAX.

GHARBI EMNA : Urgences et SAMU CHU HABIB BOURGUIBA SFAX.

LOBNA AFFES : Urgences et SAMU CHU HABIB BOURGUIBA SFAX.

IMEN SALEM : Urgences et SAMU CHU HABIB BOURGUIBA SFAX.

CHAKROUN OLFA : Urgences et SAMU CHU HABIB BOURGUIBA SFAX.

Kammoun Leila : Urgences et SAMU 04 CHU HABIB BOURGUIBA SFAX.

Rekik noureddine : Urgences et SAMU 04 CHU HABIB BOURGUIBA SFAX.

Introduction : L'intoxication au méthanol est rare mais potentiellement grave. Les signes cliniques de l'intoxication au méthanol sont non spécifiques, aboutissant à un diagnostic et un traitement tardif. Nous rapportons trois cas qui soulignent l'intérêt diagnostique de l'imagerie dans l'intoxication au méthanol.

Cas clinique : Nos trois patients étaient de sexe masculin, dont l'âge moyen était de 50 ans avec des extrêmes de 46 et 54 ans. Le délai moyen entre l'ingestion et l'arrivée à l'hôpital a été de 34,7 heures. Le tableau clinique était dominé par les troubles de la conscience, les troubles visuels et les douleurs abdominales. Le bilan biologique a objectivé une acidose métabolique sévère à trou anionique élevé. Deux de nos patients ont bénéficié d'une IRM encéphalique objectivant des anomalies de signal spécifiques à savoir de multiples lésions supra et sous tentorielles, une nécrose hémorragique bilatérale des noyaux lenticulaires, des signaux anormaux bilatéraux du cervelet et de la moelle allongée, des lésions de substance blanche et une névrite optique. Les aspects décrits ont été compatibles avec une intoxication au méthanol. Tandis que le 3^{ème} patient a bénéficié d'une TDM cérébrale montrant des plages hypo denses de la substance blanche péri ventriculaire et sous corticale ; une hypodensité au niveau des deux putamen de façon symétrique faisant évoquer une intoxication au méthanol. Les trois patients ont nécessité la ventilation mécanique invasive. Deux cas ont gardé un état végétatif après un mois d'hospitalisation en réanimation. L'autre avait une évolution rapidement fatale au bout de 24 heures de prise en charge.

Conclusion : L'imagerie joue un rôle primordial dans l'explication des atteintes et l'orientation diagnostique vers une intoxication au méthanol imposant une prise en charge rapide.

P 347 PLACENTA PERCRETA AVEC TRAITEMENT CONSERVATEUR

L. CHOUALI : Gynécologie-Obstétrique EHS mere et enfant el eulma algerie.

Introduction : Le placenta accreta représente près de la moitié des cas d'hystérectomie puerpérale. Sa forme la plus sévère, le placenta percreta, est la plupart du temps traitée par une césarienne/hystérectomie, au prix d'une morbidité majeure. Une alternative, le traitement conservateur total, consiste à abandonner l'intégralité du placenta in situ après la naissance.

Cas clinique : Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 38 ans porteuse d'un utérus Quadri-cicatriciel, le diagnostic du placenta accreta a été posé à l'échographie et l'IRM, une césarienne programmée a été pratiquée à 37SA résolue permettant l'extraction d'un nouveau né eutrophe avec un bon Apgar. Le diagnostic de placenta percreta était clinique pendant la césarienne avec constatation de vaisseaux placentaire soufflant la séreuse utérine le placenta a été laissé en place avec fermeture de l'hystérotomie et ligature des artères utérines. Les pertes sanguines peropératoires étaient estimées à 550 mL, une transfusion par une poche de sang a été nécessaire. La durée d'hospitalisation initiale était de 12 jours, la patiente a été réhospitalisée pour une hémorragie secondaire à j30 du post partum (retour de couche hémorragique) avec transfusion massive et expulsion du placenta entier et vacuité utérine.

Conclusion : Dans un centre expert et avec un protocole rigoureux de surveillance, la prise en charge conservatrice totale du placenta percreta permet une préservation utérine et une morbidité inférieure à la césarienne/hystérectomie.

P 348 VALPROIC ACID INDUCED TOXIC EPIDERMAL NECROLYSIS : CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

Abdelkader Mellek : Réanimation Médicale CHU Sahloul.

Rafia Ben Dabebiss : Réanimation Médicale CHU Sahloul.

Amira Hmaidi : Réanimation Médicale CHU Sahloul.

Hajer Yahyaoui : Réanimation Médicale CHU Sahloul.

Maroua Krifa : Anatomopathologie CHU Sahloul.

Siheem Belhajsalah : Anatomopathologie CHU Sahloul.

Houssein Hmouda : Réanimation Médicale CHU Sahloul.

Introduction : Toxic epidermal necrolysis (TEN) is a rare but life threatening cutaneous adverse drug reaction for Valproic acid (VPA). We report a rare case of VPA-induced TEN in a non-compliant patient treated for epilepsy since 5 years with VPA.

Cas clinique : A 77-year old male with a history of diabetes on insulin, benign prostatic hypertrophy, high blood pressure on Colosar, epilepsy on VPA since 5 years with poor compliance, was admitted in the Emergency Room (ER) for status epilepticus. On the day of admission, the patient had recurrent generalized tonic clonic seizures with persistent loss of consciousness. He was brought by his family to ER where he received Diazepam, without improvement. In front of recurrent seizures, he was intubated and received a loading dose of valproic acid (2000 mg) followed by continuous infusion of the maintenance dose (2000 mg/24 hours). Two days later in ER, the patient developed bullous and erythematous lesions in both upper limbs, with rapid extension to lower limbs. He was therefore transferred to the medical ICU. On clinical examination, the patient was on continuous infusion of norepinephrine, sedated and mechanically ventilated. Skin examination revealed skin detachment, with positive Nikolsky sign in the 4 limbs. Kidney function tests revealed acute renal failure with serum creatinin level at 207 $\mu\text{mol/l}$. Liver function tests were normal. There was no other visceral involvement. Valproate was immediately stopped and replaced by Levetiracetam. Skin biopsy showed intra epidermic bullae with keratinocyte necrosis and papillary dermic oedema suggestive of TEN. The patient was started on steroids, anti-histaminics with prompt rehydration, parenteral nutrition, and skin care with antiseptics. Skin lesions stabilized, however, the patient died on day 13 with septic shock and multiple organ failure.

Conclusion : TEN is a rare, but a fatal complication of Valproic acid treatment with a mortality rate reaching 45%. Stopping the offending drug, and prompt symptomatic treatment are the mainstay of therapy. Infectious complications are the main cause of mortality.



HE*100: Intraepidermal blister with basement membrane intact (arrow)

P 349 MYOCARDITE REVELATRICE D'UNE MYASTHENIE ASSOCIEE A UN LUPUS SYSTEMIQUE ERYTHEMATEUX : ETUDE DE CAS

A.Ben Khalifa : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
H.Nouira : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
R.Rajah : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
S.Chtioui : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
R.Gharbi : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
A.Rebhi : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
M.Fekih Hassen : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
O.Jaoued : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
H.Ben Sik Ali : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
S.Elatrous : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.

Introduction : La myasthénie et le lupus érythémateux systémique (LES) sont deux maladies auto-immunes rares, touchant les jeunes femmes. Leur coexistence chez le même patient est exceptionnelle. Nous rapportons le cas d'une myasthénie associée à un LES révélée par une myocardite.

Cas clinique : Madame R.A, 31 ans, suivie pour dysphagie et une faiblesse musculaire rattachées à une anorexie mentale, est admise en réanimation pour un état de choc. L'ECG a révélé des troubles de repolarisation. Le dosage des troponines était positif à 1153ng/mL et la proBNP à 85000ng/L. L'échocardiographie cardiaque a montré une FEVG à 25%, des pressions de remplissages élevées et une lame d'épanchement péricardique. Les explorations hémodynamiques ont confirmé le mécanisme cardiogénique d'où sa mise sous Dobutamine et Noradrénaline après l'intubation et la ventilation mécanique. Le diagnostic d'une myocardite fulminante a été retenu. Après l'arrêt de la sédation, la faiblesse musculaire des quatre membres s'est aggravée. L'ENMG a montré la présence d'un bloc neuromusculaire post-synaptique. Devant l'atteinte myocardique, un bilan immunologique était en faveur d'un LES. La patiente a reçu une cure d'immunoglobuline en association avec le Mestinon et une corticothérapie permettant l'amélioration clinique et sa décanulation. Discussion : La myasthénie et le LES présentent quelques similitudes en termes démographique, d'évolution cyclique et des AAN positifs mais d'association rare. La myasthénie est caractérisée par un dysfonctionnement de la jonction neuromusculaire médiée par des auto-anticorps dirigés contre différents récepteurs (nAChR, MuSK et LRP4). Ses poussées sont graves lorsqu'elles touchent les muscles de la déglutition et les muscles respiratoires. Le LES est caractérisé par un dysfonctionnement multi-organique et la production des auto-anticorps provoquant une inflammation chronique. L'atteinte myocardique est rarement révélatrice et le mécanisme physiopathologique dans ce cas est une réaction inflammatoire systémique non spécifique. Seule la pathogénèse virale est la plus admise.

Conclusion : Le diagnostic de l'association myasthénie et lupus érythémateux systémique est souvent difficile. La constatation d'un ptosis est très évocatrice de myasthénie. Un lupus érythémateux systémique est à rechercher en cas d'atteinte aspécifique d'un organe lors d'une crise myasthénique.

P 350 UNE RHABDOMYOLYSE INDUITE PAR LEVETIRACETAM : A PROPOS D'UN CAS

A. Ben Khalifa : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
H. Nouira : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
M. Jrad : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
R. Gharbi : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
M. Hamdi : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
A. Rebhi : Réanimation médicale hôpital régionale kasserine.
M. Fekih Hassen : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
O. Jaoued : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
H. Ben Sik Ali : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
S. Elatrous : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.

Introduction : Le Lévetiracétam est un anticonvulsivant couramment utilisé pour le traitement des épilepsies. Ces effets indésirables les plus fréquents comprennent l'asthénie, les céphalées, les nausées et la somnolence. Nous rapportons le cas d'une rhabdomyolyse due au traitement par le Lévetiracétam.

Cas clinique : Patient M.S, 31 ans, aux antécédents de retard mental secondaire à une malformation congénitale du système nerveux centrale (Syndrome de Dandy Walker), admise pour un état de mal épileptique. Elle a reçu la Dépakine (dose de charge puis dose d'entretien) et elle a eu une sédation. Après l'arrêt de la Dépakine elle a été mise sous Lévetiracétam (500mg/j puis 1000mg/j). Quelques jours après, une rhabdomyolyse a été constatée et les taux de Creatine-kinase ont atteint 11925UI/L. Devant l'absence d'une étiologie évidente de rhabdomyolyse en particulier pas de récurrence de convulsions, le Lévetiracétam était suspecté. A son arrêt, il y avait une normalisation des Creatine-kinase au bout de 08 jours. La fonction rénale était normale. Discussion : Le Lévetiracétam est un antiépileptique utilisé seul ou en association dans le traitement des crises convulsives tonico-cloniques, myocloniques ou partielles. Son mécanisme d'action n'est pas bien élucidé. Il favorise la libération des neurotransmetteurs synaptiques en se liant à la protéine 2A de la vésicule synaptique (SV2A), qui est largement distribuée dans le cerveau et exprimée sélectivement dans les terminaisons nerveuses motrices des fibres musculaires à contraction lente. La fixation de Lévetiracétam sur ces récepteurs entraîne une stimulation des fibres cholinergiques et une rhabdomyolyse. Le dosage de Creatine-kinase lors du traitement permet de faire le diagnostic de rhabdomyolyse. Le risque majeur est le développement d'une insuffisance rénale avec nécrose tubulaire aiguë. La prise en charge consiste à un arrêt de Lévetiracétam et une bonne hydratation. Le pronostic est lié à la présence d'une insuffisance rénale.

Conclusion : Notre cas souligne la précaution d'emploi de Lévetiracétam en cas d'une rhabdomyolyse pré existante voir son éviction et l'importance d'une surveillance étroite des taux de Creatine-kinase après l'instauration de ce traitement.

P 351 INTÉRÊT DE LA DEXAMÉTHASONE DANS LA PRÉVENTION DES NAUSÉES ET VOMISSEMENTS POST OPÉRATOIRES (NVPO) EN NEUROCHIRURGIE À L'EHUO

S.BENSAFIR : ANESTHESIE REANIMATION CHIRURGICALE EHU ORAN.

Introduction : Les nausées et les vomissements postopératoires (NVPO) sont définis comme étant les nausées et/ou les vomissements survenant dans les 24 heures suivant la chirurgie.

Objectif : Notre objectif était d'évaluer l'effet préventif du dexaméthasone dans la prise en charge des NVPO. Les NVPO entraînent une intensification de l'inconfort et l'insatisfaction du patient, ainsi qu'une hausse des coûts associés à la durée de l'hospitalisation.

Méthode : Il s'agissait d'une étude prospective et descriptive randomisée en simple aveugle sur une période de 13 mois allant de Mars 2021 au mois d'Avril 2022. La méthode de randomisation à consister comme suit : Nous avons chiffré nos patients en fonction de leur arriver. Ensuite tous les patients de numéro impair ont fait partie de notre groupe A et ceux de numéro pair du groupe B. • Groupe A : 50 patients recevant en prophylaxie de la dexaméthasone à dose unique administrée en IVL lors de l'induction à la posologie de 8 mg. Groupe B : 50 patients appelé Groupe Témoin ne recevant aucune prophylaxie antiémétique.

Résultat : Au total, 100 patients ont été colligés ; L'âge moyen étaient de 30,5 ans dans le groupe A contre 38,0 ans dans le groupe B. Treize de nos patients se déclarent tabagique. Plus de la moitié de nos patients (69%) étaient ASA I parmi lesquelles 74% dans le Groupe A contre 64% dans le Groupe B. Plus de la moitié de notre échantillon présentaient un facteur de risque (FdR) avec 52% des cas. 25% ont bénéficié d'une prémédication à base d'hypnovel

et Atropine. Toutes nos interventions étaient réalisées sous anesthésie générale. La kétamine a été l'hypnotique le plus utilisé chez 59 de nos patients soit 59%, parmi ces patients ayant reçu la kétamine un taux de NVPO de 28,8% a été enregistré, soit 5,08% dans le Groupe A et 23,73% dans le Groupe B. L'incidence moyenne des nausées et des vomissements dans les six premières heures était de 16% en l'absence de prophylaxie contre 4% en cas prophylaxie. Sept patients ont reçus de la morphine en post opératoire dont 5 dans le Groupe A et 2 dans le Groupe B. Douze de nos patients avaient un ATCD chirurgicale, 4 avaient un ATCD de NVPO, parmi lesquels 3 ont vomi soit 75%. Vingt trois patients ont eu des NVPO soit une fréquence de 38% en l'absence de prophylaxie (Groupe B) contre 8% en prophylaxie au dexaméthasone (Groupe A). Quel que soit le facteur de risque, la prophylaxie au dexaméthasone a réduit de façon efficace les NVPO.

Conclusion : Les NVPO sont des complications courantes de l'anesthésie. Cependant quelque que soit le facteur de risque, la prophylaxie au dexaméthasone réduisait de façon significative les NVPO sans toxicité cliniquement significativement prouvée. Mots clés : NVPO, prophylaxie, Dexaméthasone, Facteur de risque

P 352 PATIENTS TRAUMATISÉS GRAVES ADMIS EN SAUV : CARACTÉRISTIQUES ÉPIDÉMIO-CLINIQUES ET PRISE EN CHARGE

S.Khabouchi : Services des Urgences Hopital Charles Nicolle.

S.Ouerghi : Services des Urgences Hopital Charles Nicolle.

D.Hosni : Services des Urgences Hopital Charles Nicolle.

S.Fatfouti : Services des Urgences Hopital Charles Nicolle.

S.Othmani : Services des Urgences Hopital Charles Nicolle.

M.Belaid : Services des Urgences Hopital Charles Nicolle.

S.Jouini : Services des Urgences Hopital Charles Nicolle.

Introduction : La pathologie traumatique est un motif fréquent d'admission en SAUV. Les traumatismes graves constituent un enjeu majeur de la santé publique. Ils sont grevés d'une lourde morbi-mortalité et représentent la principale cause de mortalité chez l'adulte jeune

Objectif : Déterminer les caractéristiques épidémio-cliniques, et les aspects évolutifs des patients traumatisés graves admis en salle d'accueil des urgences vitales.

Méthode : Etude prospective, descriptive et analytique, s'étendant sur une période de deux mois (Juillet et Aout 2023), réalisée au service des urgences. Nous avons inclus tous les patients traumatisés admis en SAUV avec recueil de leurs caractéristiques épidémio-cliniques et évolutifs.

Résultat : Nous avons colligé 119 patients traumatisés. L'âge moyen était de 40 ans $\pm$ 14 ans, avec une prédominance masculine (n=98 ;82,4%). Les Accidents de la voie publique étaient au premier rang (81,5%) suivis des accident domestiques(11,8%) et des accidents de travail(5%). Le transport préhospitalier des patients traumatisés a été assuré en majorité par les équipes de la protection civile (84%) et par les équipes de SMUR (13,4 %). Les principaux mécanismes étaient : la collision de véhicules (13,4%), dérapage(6,7%),tonneaux (4,2%),motocyclistes(29,4%). Concernant les critères de gravité, 41 patients ont été éjectés (34,4%), avec chute au-delà de 4 mètres chez 11 patients (9,2%).L'examen clinique initial retrouvait une PAS entre 60 et 180 mmHg (moyenne à 124,6mmHg) et une PAD entre 40 et 100mmHg (moyenne à 74,4 mmHg).La fréquence cardiaque était entre 50 et 130 bpm avec un shock index initial entre 0,33 et 1,37 (moyenne à 0,69). Le GCS initial variait ente 3 et 15, et l'examen des pupilles retrouvait une anisocorie chez 4 patients. Les lésions post traumatiques observées étaient : des plaies du scalp (13 ;10,9%), ecchymoses orbitaires (6 ;5%),déformation d'un membre (25 ;21%), instabilité du bassin (5 ;4,2%) et des fractures ouvertes (8 ; 6,7%).La moyenne des scores de gravité des traumatisés graves ISS,RTS et TRISS étaient de 22,14 ; 7,58 et 10,92 respectivement. La prise en charge initiale a été répartie entre SAUV (54 ; 45,4%) et Aires de soins (43 ;36%).

Conclusion : L'évaluation initiale des patients traumatisés sévères à la SAUV est primordiale, et conditionne la prise en charge initiale et l'évolution ultérieure des patients. L'analyse des données épidémio-cliniques et évolutifs permet d'améliorer cette prise en charge.

P 353 PATIENTS TRAUMATISÉS GRAVES AUX URGENCES : BILAN LÉSIONNEL ET PRISE EN CHARGE

S.Khabouchi : Services des Urgences Hopital Charles Nicolle.
S.Ouerghi : Services des Urgences Hopital Charles Nicolle.
D.Hosni : Services des Urgences Hopital Charles Nicolle.
S.Fatfouti : Services des Urgences Hopital Charles Nicolle.
S.Othmani : Services des Urgences Hopital Charles Nicolle.
A.Zoubli : Services des Urgences Hopital Charles Nicolle.
S.Jouini : Services des Urgences Hopital Charles Nicolle.

Introduction : La traumatologie reste un problème majeur de santé publique puisqu'elle touche souvent une population jeune et non tarée. Les traumatismes graves sont principalement secondaires aux accidents de la voie publique.

Objectif : Préciser les résultats du bilan radiologique ainsi que la prise en charge thérapeutique initiale des patients traumatisés graves admis aux urgences.

Méthode : Etude prospective, descriptive et analytique, s'étendant sur une période de deux mois (Juillet et Aout 2023), réalisée au service des urgences. Nous avons inclus tous les patients traumatisés admis en SAUV avec détermination du bilan lésionnel ainsi que la prise en charge initiale.

Résultat : Nous avons inclu 119 patients traumatisés. L'âge moyen était de 40 ans $\pm$ 14 ans, avec une prédominance masculine (82,4%) et un genre ratio de 4,66. Après un examen clinique initial, un bilan radiologique a été réalisé. Le bilan lésionnel montrait des fractures costales (14 ;1,8%), fracture claviculaire ou de la scapula(4 ; 3,4%), un pneumothorax (8,4%) ou un hémithorax (6,7%). Des fractures périphériques ont été diagnostiquées avec fractures ouvertes chez 8 patients(6,7%), fractures instables (15 ;12,6%) et des fractures multiples dans 20% des cas. Parmi les traumatisés, 102 patients ont bénéficié d'un TDM du corps entier. A l'étage cérébral les lésions étaient : hématomes sous-duraux(7 ;5,9%), Hémorragies méningées(13 ;10,9%), contusions cérébrales(14 ;11,8%), œdème cérébral(9 ;7,6%), fractures du crane (13 ;10,9%), fractures du rachis cervical(5 ;4,2%) et des fractures du massif facial(16 ;13,4%). A l'étage thoracique les lésions étaient :des fractures costales observées chez 27 patients, des contusions pulmonaires (17,6%), des pneumothorax ou hémithorax (12,6%) et des fractures vertébrales(13,4%).A l'étage abdominal, les lésions post-traumatiques étaient :des contusions hépatiques(5 ;4,2%), spléniques(4 ;3,4%) et rénales (3 ;2,5%). Un épanchement péritonéal a été objectivé chez 13 patients,avec fractures du bassin chez 11 patients.La prise en charge initiale comprenait une oxygénothérapie (9,3%) avec intubation orotrachéale chez 14 patients. Le recours aux drogues vasoactives était indispensable chez 10 patients qui ont reçu également l'acide tranexamique(8,4%). Un drainage thoracique a été réalisé chez 2 patients,et la titration morphinique chez 9 patients.

Conclusion : Les traumatismes graves constituent un motif fréquent d'admission aux urgences. Une prise en charge initiale rapide et optimale ainsi que des explorations ciblées améliorent le pronostic des traumatisés graves.

P 354 LES LÉSIONS POST TRAUMATIQUES DE L'AORTE THORACIQUE : ÉTUDE DE QUATRE CAS

Fadhila Issaoui : Urgence habib borguiba sfax.
Salem Imen : Urgence habib borguiba sfax.
Houssem affes : Urgence habib borguiba sfax.
Mallek Mariem : Urgence habib borguiba sfax.
Nada Boujelban : Urgence habib borguiba sfax.
Emna Gharbi : Urgence habib borguiba sfax.
Kamoun Leila : Urgence habib borguiba sfax.
Adel Chaari : Urgence habib borguiba sfax.
Olfa chakroun : Urgence habib borguiba sfax.
Karray Rim : Urgence habib borguiba sfax.
Rekik Noureddine : Urgence habib borguiba sfax.

Introduction : Les lésions post traumatiques de l'aorte thoracique constituent une urgence médicochirurgicale. La morbidité et la mortalité restent encore élevées malgré d'importants progrès. Dans la majorité des cas ; il s'agit d'un traumatisme à haute cinétique avec forte décélération du bloc cardio-aortique.

Cas clinique : Observation 1 : Une patiente âgée de 69 ans, emmenée aux urgences pour prise en charge d'un poly traumatisme suite à un AVP. L'examen à l'admission : patiente stable sur le plan neurologique et hémodynamique mais sur le plan respiratoire elle est dyspnéique avec polypnée à 26 c / min, SaTO2 : 92% à l'air ambiant. La patiente a bénéficié d'un body scanner qui a montré un étage cérébro cervical normal, à l'étage thoracique : aspect de rupture de l'isthme aortique grade III avec extravasation active du PDC au temps artériel réalisant un hématome du

médiastin. Au retour du service de radiologie, elle a présenté une instabilité hémodynamique puis d'un arrêt cardio respiratoire. Observation 2 : Un Monsieur, âgé de 26 ans, a été admis à la salle de déchoquage des pour prise en charge d'un polytraumatisme secondaire à une collision de deux voitures. L'examen initial patiente stable sur tous les plans. Un scanner corps entier a été fait qui a montré un étage cérébro cervical a été normal, les coupes thoraciques, ont montré une lacération intimo-médiale de l'isthme aortique grade I, avec un thrombus flottant au contact. Ce thrombus était responsable de multiples foyers d'infarctissements rénaux, spléniques et surrénaliens. Il y avait aussi de multiples fractures non compliquées du bassin. Il a été opéré par l'équipe de chirurgie cardiovasculaire. L'ouverture de l'aorte a objectivé une brèche intimale qui a été suturée sur patch avec présence d'un thrombus flottant qui a été reséqué. L'évolution post-opératoire a été favorable. Observation 3: Un patient âgé de 23 ans, admis à la salle de déchoquage pour prise en charge d'un polytraumatisme suite à un AVP. L'examen initial a montré : patient polypnéique, hypoxique à 82% AA, stable sur le plan hémodynamique, GCS 14. Un body scanner fait a montré : à l'étage cérébral : un HSD de 4mm avec des foyers de contusions œdémato-hémorragiques ; à l'étage thoracique : une dissection de l'aorte descendante avec faux anévrisme étendu sur 5 cm sans extravasation décelable de PDC classé stade II radiologique avec hémomédiastin de grande abondance. Une indication chirurgicale a été posée mais le patient a présenté une instabilité hémodynamique nécessitant le recours à des doses élevées de drogues vasoactives avec détresse neurologique et respiratoire d'où le recours à la ventilation mécanique. L'évolution a été fatale et le patient est décédé 6 heures après son admission. Observation 4: Patient âgé de 52 ans aux antécédents d'HTA, a été admis dans notre service pour prise en charge d'un polytraumatisme suite à un AVP. L'évaluation initiale a montré un patient qui est stable. Le patient a bénéficié d'un scanner corps entier qui a montré : l'étage cérébrale sans anomalie. A l'étage thoracique : une dissection à l'origine de l'aorte descendante étendue sur 32 mm, une fracture du sternum, des fractures des côtes. A l'étage abdominal, on note des foyers de contusion hépatique, une contusion surrénalienne droite et une contusion mésentérique. Il a bénéficié d'une mise en place d'une endoprothèse aortique à j7 du traumatisme. L'évolution a été favorable.

Conclusion : Les lésions traumatiques de l'aorte thoracique sont gravissimes et souvent mortelles. Elles doivent être évoquées chez tout patient ayant subi une décélération brutale violente. Le traitement end vasculaire a bouleversé la prise en charge de la rupture post traumatique de l'aorte, notamment chez les patients à haut risque chirurgical.

P 355 FACTEURS PRÉDICTIFS DE GRAVITÉ DES ACCIDENTS D'ÉLECTRISATION AUX URGENCES

Rim Karray : Urgence habib bourguiba sfax.
 Folla Mechri : Urgence habib bourguiba sfax.
 Imen Salem : Urgence habib bourguiba sfax.
 Housseem Affes : Urgence habib bourguiba sfax.
 Fadhila Issaoui : Urgence habib bourguiba sfax.
 Mallek Meriem : Urgence habib bourguiba sfax.
 Kammoun leila : Urgence habib bourguiba sfax.
 Chakroun Olfa : Urgence habib bourguiba sfax.
 Chaari Adel : Urgence habib bourguiba sfax.
 Rekik Nouredine : Urgence habib bourguiba sfax.

Introduction : Les AE représentent un motif fréquent de consultation aux urgences et chez les médecins de première ligne [5]. Leur présentation clinique est variable allant des formes bénignes asymptomatiques jusqu'aux accidents graves qui mettent en jeu le pronostic vital des patients, ce qui pose un défi diagnostique et thérapeutique pour le clinicien.

Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive menée sur une période de 04 ans (du 1^{er} janvier 2018 au 31 décembre 2021) au service des urgences et SAMU 04 du centre hospitalo-universitaire Habib Bourguiba de Sfax. Nous avons inclus tous les patients qui se sont présentés notre service pour un accident d'électrification.

Résultat : Nous avons colligé 118 patients dont 7 (6%) ont été victimes d'une électrocution et 111 victimes d'électrification. Nous avons retenu le diagnostic d'un impliqué électrique dans 25.4% des cas, d'un électrisé sans signes de gravité dans 26.3% des cas et d'un électrisé grave ou en détresse vitale dans 48.3% des cas. Nous avons comparé deux groupes de patients : le groupe des victimes graves (48,3%) et le groupe des victimes non graves (51.7%). Nous avons conclu à une différence statistiquement significative ($p < 0.05$) concernant ces facteurs : - Les circonstances de l'AE, la notion de téτανisation, le moyen d'arrivée aux urgences. - Clinique : l'atteinte respiratoire, l'atteinte cardiovasculaire, un ACR à l'admission, les anomalies électrocardiographiques, la présence d'un traumatisme thoracique ou abdomino-pelvien, les brûlures et l'atteinte musculaire. - Biologiques : la rhabdomyolyse, la glycémie, les taux de globules blancs à l'admission, et la persistance d'une rhabdomyolyse à H6 et à H12. L'analyse multivariée a montré deux facteurs indépendants prédictifs du pronostic : un taux de CPK ≥ 253 UI /l à H1 de l'admission est corrélé aux formes graves ($p = 0.031$, OR = 28.27, IC [1.34-594], et un ECG normal à H1 de l'admission est un facteur protecteur ($p < 0.001$, OR = 0.005, IC [0.001-0.03]).

Conclusion : La détection précoce de ces facteurs de gravité chez les patients victimes d'électrisation apparemment sains permet d'optimiser leur surveillance et prévoir les complications

P 356 BLOOD TRANSFUSION IN CARDIOVASCULAR SURGERY: INCIDENCE AND IMPACT ON PERIOPERATIVE COMPLICATIONS

Sassi Chayma : Anesthésie-réanimation Abderahman Mami.
Béji Med Adel : Anesthésie-réanimation Abderahman Mami.
Karaborni Rym : Anesthésie-réanimation Abderahman Mami.
Mabrouk Karim : Anesthésie-réanimation Abderahman Mami.
Dridi Amira : Anesthésie-réanimation Abderahman Mami.
Fitouhi Nizar : Anesthésie-réanimation Abderahman Mami.
Ouerghi Sonia : Anesthésie-réanimation Abderahman Mami.
Mestiri Taher : Anesthésie-réanimation Abderahman Mami.

Introduction : Blood transfusion is a common practice in cardiac surgery. However, it is associated with an increased risk of complications. Despite recommendations advocating for low transfusion thresholds and a restrictive approach, the frequency of transfusions remains high (30% to 80%).

Objectif : This study aims to evaluate the incidence of blood transfusion in cardiac surgery, as well as its impact on morbidity and mortality.

Méthode : A retrospective monocentric study, from January to December 2021. We included patients aged 18 and over, classified as ASA II to IV, undergoing surgery under cardiopulmonary bypass (CPB). The main endpoint was to determine the incidence of blood transfusion, and the secondary endpoint was to evaluate the impact on postoperative complications and mortality. The data was analyzed using SPSS software version 19.0.

Résultat : 79 patients underwent cardiac surgery with CPB, 58 received blood transfusions (73.42%). The mean age was 57.98 ± 8.09 years and the sex ratio was 1.64. The Euroscore II average was 3.29 ± 1.65 . The patients were on vitamin K antagonists in 10.34%, on clopidogrel in 39.66%, and on acetylsalicylic acid in 36.79%. Patients were anemic in 10.34%. Surgical interventions were dominated by coronary surgery in 67.24%. The average duration of the intervention was 4.75 ± 1.35 hours; the average CPB time was 77 ± 20.83 min. The mean dose of unfractionated heparin used was 2.78 ± 0.77 mg/kg with a protamine/UFH ratio of 1.18 ± 0.44 . The mean value of activated clotting time during CPB was 697.71 ± 326 seconds and after CPB was 131.55 ± 23.75 seconds. The main indication for transfusion was poor clinical hemostasis in 77.55%. Intraoperative transfusion was done in 84.48% and 62.07% received standard platelet concentrates (SPC) at a rate of 6.03 ± 2.91 per patient. 31 patients received packed red blood cells (RBC) with an average of 1.19 ± 0.4 RBC/patient. Fresh frozen plasma and fibrinogen transfusions were administered to 24 and 10 patients, respectively. Two patients underwent autotransfusion of blood using the Cell saver. No post-transfusion complications were reported intraoperatively. 33 patients were transfused postoperatively, with a peak incidence in the first 12 hours. The main transfusion-related complications were circulatory overload in 24.14%, acute lung injury in 13.79%, and allergic reactions in 6.9%. The length of stay in intensive care was 4.67 ± 2.21 days. Mortality rate was 5.17%.

Conclusion : Blood transfusion is often necessary in cardiac surgery, but it is not devoid of complications. Efforts should focus on patient blood management, with personalized blood and transfusion sparing strategies.

P 357 ANÉVRISME DE L'AORTE ABDOMINALE SOUS RÉNALE ROMPU MIMANT UN TABLEAU DE COLIQUE NÉPHRÉTIQUE ASSOCIÉE À UNE INSUFFISANCE RÉNALE AIGUE

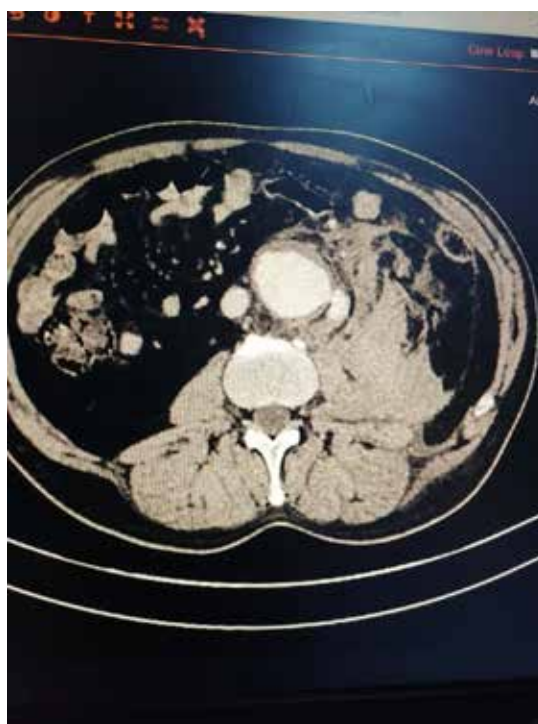
Khalifa sawsen : Urgences hopital Charles Nicolle.
Asma jendoubi : Urgences Charles Nicolle.
Aissaoui ibtihel : Urgences Charles Nicolle.
Othmeni safia : Urgences charles Nicolle.
Khabouchi sirine : Urgences Charles Nicolle.
Jouini sarra : Urgences Charles Nicolle.

Introduction : Les anévrismes de l'aorte abdominale sous rénale sont fréquents. Les facteurs de risque cardiovasculaires sont majoritairement marqués par de l'HTA, de l'hypercholestérolémie et du tabagisme. Le diagnostic est souvent tardif, réalisé lors de la rupture, qui constitue un événement dramatique.

Cas clinique : Il s'agit d'un patient âgé de 59 ans, hypertendu non traité et dyslipidémique qui consulte pour des lombaires postérieures associées à des chiffres tensionnels élevés évoluant depuis deux jours avant son admission.

A l'examen initial, le patient était en bon état respiratoire. la pression artérielle était de 210/140 au bras droit et 190/130 au bras gauche. la fréquence cardiaque était de 103bpm. le patient ne présentait pas de signes périphériques d'hypo perfusion. l'ECG montrait un sous décalage de 1mm en apicolatéral. l'examen neurologique était sans particularités. le patient avait un abdomen souple dépressible indolore et des fosses lombaires souples. Les examens biologiques ont montrés : une HB à 12,10 ; GB à 27040 ; PLQ à 226000 ; TP à 89% ; natrémie à 134 ; kaliémie à 2,8 ; urée à 8,20 ; créatinine à 130 puis à 209 ; CRP à 25 ; troponine à 101 puis à 444. un uroscanner a été demandé devant l'insuffisance rénale aigue a la recherche d'un obstacle sur les voies excrétrices urinaires montrant la présence d'un anévrysme de l'aorte abdominale sous rénale, rompu en retro péritonéal. Le patient a été conditionné et transféré par équipe SAMU au service de chirurgie cardio vasculaire pour traitement chirurgical en urgence. L'évolution était défavorable. le patient est décédé sur table.

Conclusion : La rupture d'un anévrysme de l'aorte abdominale reste l'urgence vasculaire dont le pronostic est le plus grave. Le tableau clinique n'est pas spécifique et peut poser un problème diagnostique retardant la prise en charge d'où l'importance d'un dépistage précoce.



P 358 SEDATIVE AND ANALGESIC PRACTICE IN THE INTENSIVE CARE UNIT: THE RESULTS OF A TUNISIAN SURVEY

I.Bannour : Anesthésie réanimation EPS Mahdia.
I.Radhouan : Anesthésie réanimation EPS Mahdia.
H.Hamouda : Anesthésie réanimation EPS Mahdia.
O.Foudhaili : Anesthésie réanimation EPS Mahdia.
K.Masmoudi : Anesthésie réanimation EPS Mahdia.
H.Attia : Anesthésie réanimation EPS Mahdia.
A.Majdoub : Anesthésie réanimation EPS Mahdia.

Introduction : Analgesia-sedation is a part of the therapeutic arsenal for critical care patients. However, although numerous recommendations have been written concerning sedation, analgesia and their repercussions on adult patients in the ICU, management methods vary from one department to another and from one clinician to another. It is therefore important to be aware of the current practices of the medical staff in this context.

Objectif : To review the practices of medical staff in Tunisian intensive care units regarding analgesia in adult patients.

Méthode : We performed an observational, multicentric, cross-sectional and analytical study, using a questionnaire, on all anesthesia and intensive care residents and senior physicians practicing in Tunisian academic institutions. The study was conducted over three months, from 01/08/2022 to 30/10/2022.

Résultat : During the study period, 242 residents and senior physicians were eligible to participate. The participation rate was 90.08%. Residents represented 82.6% of participants. Analgesia-sedation was used routinely in 95% of patients under mechanical ventilation. Continuous sedation with titration was used in 77.1% of cases. Seventeen participants reported having an analgesic protocol on the unit. Pain screening and evaluation of sedation levels in critical patients were mentioned in 64.2% of cases. The RAMSAY scale and clinical parameters were the most commonly used methods of evaluation. Midazolam and Remifentanyl were the most commonly used. The absence of a standardized, written strategy had an impact on the quality of analgesia management and its complications, in terms of evaluating, monitoring and optimizing the use of pharmacological and non-pharmacological methods.

Conclusion : This study highlighted the insufficient monitoring of analgesia and its complications in the ICU using validated scales, and the excessive misuse of sedative and analgesic agents. Non-pharmacological measures of prevention are not yet fully optimized. Efforts need to be made to train and motivate physicians to adopt a protocol-based approach to the management of analgesia and the recognition of its complications.

P 359 METAPLASIA FROM AN EMERGENCY DEPARTMENT

M.Chroufa : Service des urgences.

LaRabta. F.Trifa : Service des urgences La Rabta.

R.Boubaker : Service des urgences La Rabta.

R.Baccouche : Service des urgences La Rabta.

A.Mghirbi : Service des urgences La Rabta.

H.Maghraoui : Service des urgences La Rabta.

Introduction : Crowded emergency department (ED) has been a story of disproportion between illness and emergency resources. Tunisia, has a problem of overcrowding of the ED. Few studies have focused on the reasons for using emergency services and the issues of admissions.

Objectif : The aim of our study was to describe the clinical and evolutionary epidemiological profile of emergency room admissions.

Méthode : We enrolled patients admitted to the emergency department between October 2022 and February 2023. We retrospectively reviewed medical records and collected data, including the patients' characteristics, initial pattern, the diagnosis and the outcome of admissions..

Résultat : During the study period, 1069 patients (656 men and 413 women) were admitted to the emergency department. The overall male-to-female ratio was 1.58. The mean age was 62.17 ± 16.87 years (range, 14–98 years). Cardiovascular past medical history was found in 646 patients (60.5% of cases), followed by respiratory history (167 patients i.e 15.7%). Only 10.9% of patients (116 cases) had no past medical history. We reported several reason for consult. Dyspnea was in the first place with 375 cases (35,2%), followed by chest pain with 244 cases (22,9%). Neurological alterations was found in 147 cases (13,8%) and abdominal pain in 24 cases(2,3%).

Cardiovascular diseases are the most frequent diagnosis in the ED: 374 cases (35%), followed by infectious diseases with 207 cases (19,4%). During their stays, 274 patients required imaging (cerebral/thoracic/abdominal scan with or without injection of contrast product) i.e. 25.6% of cases, 65 patients required a trans-thoracic ultrasound i.e. 6.1% of cases and 32 patients needed other explorations (kidney ultrasound, lower limb Doppler ultrasound, etc.) i.e. 3% of cases. We transferred 188 patients (17.6%) to other departments. The average length of stay was 52.58 ± 46 hours [1 – 310] hours.

Conclusion : Overcrowding in emergency departments is a public health problem. There is agreement that the matter and thus the solutions to ED crowding lie largely outside of the ED. Therefore, measures should be undertaken even before the arrival to the emergency.

P 360 EVALUATION OF PROFESSIONAL PRACTICES: DISCREPANCIES IN ANTIBIOTIC PREPARATION AND ADMINISTRATION AMONG INTENSIVE CARE NURSES

F.Z.Gamara : Réanimation médicale hôpital Habib Bougatfa de Bizerte.
J.Guissouma : Réanimation médicale hôpital Habib Bougatfa de Bizerte.
H. Ben Ali : Réanimation médicale hôpital Habib Bougatfa de Bizerte.
I.Trabelsi : Réanimation médicale hôpital Habib Bougatfa de Bizerte.
H.Allouche : Réanimation médicale hôpital Habib Bougatfa de Bizerte.
H.Galai : Réanimation médicale hôpital Habib Bougatfa de Bizerte.
H.Ben Hassine : Réanimation médicale hôpital Habib Bougatfa de Bizerte.
I.Klai : Réanimation médicale hôpital Habib Bougatfa de Bizerte.
A.Hmaidi : Réanimation médicale hôpital Habib Bougatfa de Bizerte.
L.Kanoun : Réanimation médicale hôpital Habib Bougatfa de Bizerte.
M.Samet : Réanimation médicale hôpital Habib Bougatfa de Bizerte.
H.Brahmi : Réanimation médicale hôpital Habib Bougatfa de Bizerte.
H.Ghadhoune : Réanimation médicale hôpital Habib Bougatfa de Bizerte.

Introduction : Patients'safety is medical care's major goal. Medication management represents one of its basis. Therefore, as antibiotic administration differs according to the classes, the solvent, and perfusions' time, specificities must be respected to avoid iatrogenic complications in critical patients.

Objectif : The aim of this investigation was to assess the discrepancies in antibiotic preparation and administration among intensive care nurses.

Méthode : A targeted survey in a Medical Intensive Care unit was conducted, in July 2023, based on a "Google Form questionnaire" for the whole nurses' staff to assess their knowledge and practices of preparation and administration of most used injectable antibiotics. The questionnaire was made in a short and clear form, including eight questions. It was mainly about solvent and way of antibiotics' dilution and time of perfusion.

Résultat : Eighteen nurses answered the questionnaire. Mean age was thirty-two years old with a minimum of 26 years old and a maximum of forty-two years old. We had six males for twelve female nurses. The mean ICU nurse experience was of three years (minimum of six months and maximum of 12 years). All nurses used saline serum 0.9% as infusion solvent for all injectable antibiotics. All participants were aware that the aminoglycoside antibiotics should be administrated by slow intravenous infusion. Time of perfusion of this class was at least of fifteen minutes for three of them and thirty minutes for the other staff. All responses about the vancomycin dilution and perfusion time were also correct. Fourteen of the paramedical staff recognized that Imipenem should be administrated in a slow intravenous infusion. Besides, only one nurse replied that Colimycine can be administrated in a direct venous route, while all the others knew that it should be done in a slow intravenous perfusion.

Conclusion : We noticed some gaps in antibiotics preparation and administration. Thus, prescription patterns must be clear and detailed with a unified protocol constantly updated. Furthermore, continuous education that meets the needs of nurses is imperative in order to ensure patients' safety.

P 361 DISSECTION BILATERALE DES CAROTIDES POST TRAUMATIQUE : RARE MAIS GRAVE.

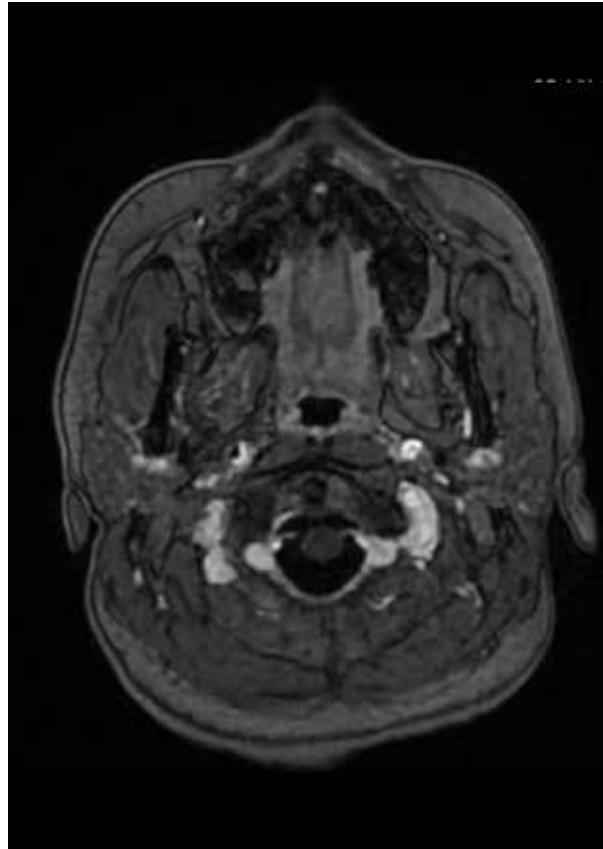
M.Chroufa : Service des urgences Hôpital La Rabta.
F.Trifa : Service des urgences Hôpital La Rabta.
R.Boubaker : Service des urgences Hôpital La Rabta.
R.Baccouche : Service des urgences Hôpital La Rabta.
A.Mghirbi : Service des urgences Hôpital La Rabta.
H.Maghraoui : Service des urgences Hôpital La Rabta.

Introduction : Les traumatismes fermés des vaisseaux du cou sont rares, mais correspondent à la première cause d'accident vasculaire cérébral chez le sujet jeune et peuvent être responsables de séquelles neurologiques majeures. La dissection carotidienne post traumatique est rare et grave.

Cas clinique : Il s'agissait de la patiente H.T âgée de 45 ans, victime d'un accident de circulation, collision de voiture contre un arbre ; amenée aux urgences par un transport non médicalisé à H5 de l'accident. L'examen initial a révélé une SpO2 99% à l'air ambiant, une PA à 90/50 mmHg, un score de Glasgow à 15/15, des pupilles intermédiaires réflexives. On a retrouvé une ecchymose frontale droite et une ecchymose mandibulaire. L'examen du thorax a révélé une douleur à la palpation du sternum et de l'hémi thorax droit. Le bassin était stable et le rachis cervical souple. Un scanner du corps entier fait à H6, a montré une sténose bilatérale des artères carotides internes en

rapport avec une dissection artérielle, une lésion traumatique de l'isthme aortique, des foyers de contusions pulmonaires bilatéraux plus marqués au niveau de l'apex droit. On a complété par une IRM cérébrale et des troncs supra aortiques qui a montré une dissection bilatérale des artères carotides internes avec thrombus flottant associée à des accidents vasculaires cérébraux ischémiques AVC aigus sus et sous tentoriels. La patiente a été transférée à un milieu de réanimation chirurgicale.

Conclusion : Les traumatismes fermés des vaisseaux du cou, peu fréquents, nécessitent une suspicion diagnostique précoce en raison du risque important d'AVC ischémique. Leur diagnostic repose sur l'angio-scanner qui va guider par la suite la prise en charge thérapeutique pouvant être chirurgicale.



P 362 FACTEURS PREDICTIFS DE MORTALITE CHEZ LES SUJETS AGES BRULES

S.Ben Massoud : Service de réanimation des brûlés CTGB.

H.Fredj : Service de réanimation des brûlés CTGB.

S.Ben Othman : Service de réanimation des brûlés CTGB.

B.Gasri : Service de réanimation des brûlés CTGB.

I.Eljani : Service de réanimation des brûlés CTGB.

A.Mokline : Service de réanimation des brûlés CTGB.

AA.Messadi : Service de réanimation des brûlés CTGB.

Introduction : L'admission en réanimation des sujets âgés est associée à un risque accru de mortalité en raison des changements physiologiques et des comorbidités fréquentes que présente cette population.

Objectif : L'objectif de notre étude était de décrire les caractéristiques évolutives des sujets âgés victimes de brûlures admis en réanimation et d'identifier les facteurs prédictifs de mortalité chez cette population.

Méthode : Etude rétrospective descriptive menée au sein du service de réanimation des brûlés de Tunis sur une période de 3 ans et 6 mois (Janvier 2020- juin 2023). Ont été inclus tous les brûlés âgés de plus de 65 ans (selon la définition de l'OMS)

Résultat : Durant la période d'étude 1519 patients ont été admis, dont 100 (6.5%) patients répondait aux critères d'inclusion. L'âge moyen était de 77 ans [65 ; 99]. Le sexe ratio était de 0.66. Vingt-neuf patients étaient diabétiques

(29%) et 34 étaient hypertendus (34%). Six patients étaient suivis pour démence ou maladie d'Alzheimer (6%). Quatorze patients vivaient seuls. Vingt-huit patients dépendaient d'une tierce personne (28%). Il s'agissait d'un accident domestique dans 87 % des cas. C'était essentiellement des brûlures par flammes (82%). Six patients étaient victime d'électrisation à haut voltage. La surface cutanée brûlée (SCB) moyenne était de 26% et les brûlures étaient majoritairement de 2^{ème} degré intermédiaire à profond (69%). L'évolution a été marquée par la survenue de complications à type d'infections nosocomiales dans 52% des cas (n=52), et d'évènement thromboembolique chez six patients (6%). On a eu recours à la ventilation mécanique (VM) chez 45% des patients (n=45) avec une durée moyenne de 3 jours. La durée moyenne d'hospitalisation était de 10 ± 7 jours. Le taux de mortalité était de 46%, le double de la mortalité dans le service.

L'analyse univariée a permis de ressortir les facteurs prédictifs de mortalité qui sont : l'âge ($p=0,013$), la SCB ($p=0,000$), la présence de brûlures profondes ($p=0,012$), le recours à la VM ($p=0,000$), la survenue de sepsis ($p=0,000$) et d'insuffisance rénale aigue ($p=0,03$). En analyse multivariée, une SCB > 19,5% (ASC : 0,88 ; IC [0,814 ; 0,947] ; se : 74% ; sp : 85%) a été associée à une surmortalité.

Conclusion : Les brûlures chez les sujets âgés est associée à une mortalité élevée proche de 50%, en rapport essentiellement avec l'âge avancé, l'étendue et la profondeur des brûlures, le recours à la VM et les complications de la réanimation.

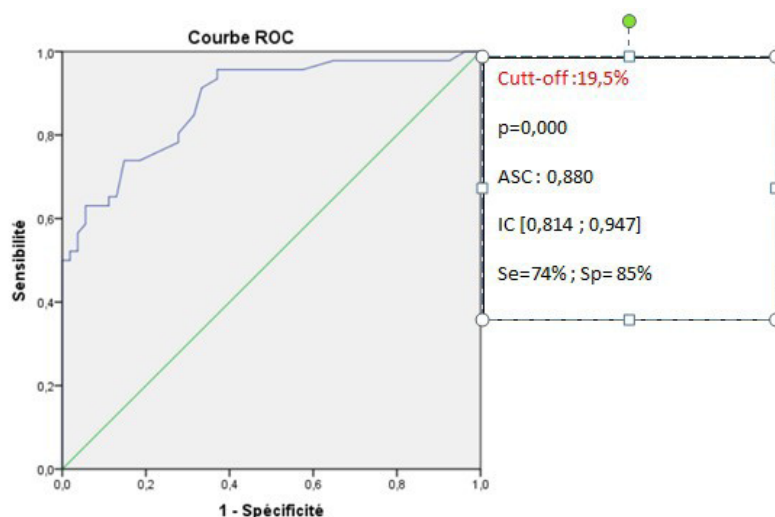


Figure1. Performance de la SCB dans la prédiction de la mortalité.

P 363 QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL DES RESIDENTS EN MÉDECINE: RESTER OU PARTIRE ?

K.Ben Ismail : Service de Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghouan.

M.Beji : Service de Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghouan.

B.Ben Dhia : Service de Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghouan.

F.Essafi : Service de Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghouan.

N.Ben Slimene : Service de Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghouan.

I.Talik : Service de Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghouan.

T.Merhbene : Service de Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghouan.

Introduction : La satisfaction au travail représente un élément clé conditionnant l'avenir de la médecine en Tunisie. Alors que les jeunes médecins semblent davantage concernés, peu de travaux se sont intéressés spécifiquement aux facteurs de qualité de vie au travail de cette population.

Objectif : Évaluer le degré de satisfaction au travail des résidents en médecine exerçant dans les hôpitaux de la Tunisie.

Méthode : Il s'agissait d'une étude qualitative, longitudinale réalisée par un entretien semi-dirigé via un questionnaire distribué auprès des résidents en médecine exerçant dans les hôpitaux de la Tunisie, sélectionnés aléatoirement et de façon anonyme. Le questionnaire a abordé différents aspects de la vie professionnelle. Il était composé de 27 items organisés en neuf sections.

Résultat : Soixante résidents ont été interrogés. L'âge moyen était de 28 ± 4 ans avec un genre ratio à 1/5. Parmi la population étudiée 39.5% étaient des résidents de 1^{ère} année et 18.7% étaient des résidents de 4^{ème} année. Les spécialités rapportées étaient dans 20% des cas des spécialités chirurgicales. Cinq grandes catégories de contraintes psychosociales et organisationnelles ont été identifiées. Le travail en équipe et la communication étaient globalement associés à un ressenti positif. L'apprentissage théorique et pratique était aussi jugé satisfait. Par ailleurs, Le rythme de travail, le statut professionnel, les facteurs organisationnels et les conditions matérielles étaient jugés insatisfaisants. Les jeunes médecins étaient aussi non satisfaits de l'absence de réglementation avec notamment l'absence de fiche de poste des soignants au sein des services où ils travaillent. Le maximum d'insatisfaction était perçu au niveau de la rémunération jugée au dessous des attentes. Les jeunes praticiens rapportaient dans 80% des cas une inadéquation entre leurs vies professionnelles et personnelles. Dans notre étude 76,7% pensaient sérieusement à quitter la Tunisie, essentiellement pour travailler dans de meilleures conditions et 20% étaient obligés de rester pour des engagements familiaux.

Conclusion : Dans notre étude plusieurs aspects d'insatisfaction ont été relevés. La majorité des résidents pensaient à quitter le pays. Il est urgent que l'état pense sérieusement à améliorer la qualité du travail des praticiens pour pouvoir assurer une continuité de soin.

P 364 FACTEURS ASSOCIES AU BURNOUT CHEZ LE PERSONNEL SOIGNANT DES UNITES DE SOINS INTENSIFS

S.Chebbi : Service de médecine du travail et des pathologies professionnelles Hôpital Taher Sfar Mahdia.

A.Kheder : Service de médecine du travail et des pathologies professionnelles Hôpital Taher Sfar Mahdia.

O.Jaoued : Service de réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.

N.Belhadj : Service de médecine du travail et des pathologies professionnelles Hôpital Taher Sfar Mahdia.

A.Omrane : Service de médecine du travail et des pathologies professionnelles Hôpital Taher Sfar Mahdia.

A.Mahfoudh : Service de médecine du travail et des pathologies professionnelles Hôpital Taher Sfar Mahdia.

T.Khalfallah : Service de médecine du travail et des pathologies professionnelles Hôpital Taher Sfar Mahdia.

Introduction : La vigilance à l'égard du burnout et la compréhension facteurs individuels et professionnels associés à ce syndrome chez les professionnels de la santé (PS) peuvent aider à développer des stratégies adéquates pour le prévenir.

Objectif : Identifier les facteurs associés au burnout chez les PS travaillant dans les services de réanimation et des urgences.

Méthode : Etude transversale menée auprès des PS de l'hôpital universitaire de Mahdia affectés dans les services de réanimation médicale, d'anesthésie réanimation et des urgences. Les données ont été recueillies au moyen d'une enquête anonyme et auto-administrée. L'épuisement professionnel a été mesuré à l'aide du Maslach Burnout Inventory. Il s'agit d'une enquête en 22 items qui couvre trois dimensions : Épuisement émotionnel (EE), dépersonnalisation (DP) et sentiment d'accomplissement personnel (AP).

Chaque dimension comprend plusieurs questions cotées selon une échelle de Lickert. Les questionnaires non retournés ont été considérés comme un refus de participation qui a été respecté.

Résultat : Quatre-vingt-un PS ont répondu au questionnaire et ont été inclus dans cette étude. L'âge moyen était de 34 ± 8 ans avec une prédominance féminine (70,4%). La majorité de la population d'étude était des médecins (50%). Un congé de maladie psychiatrique durant les 12 derniers mois a été noté dans 19,8% des cas et pour maladie non psychiatrique dans 21% des cas.

L'exposition au décès de patients a été noté dans 92,6% des cas, 75,3% PS étaient exposés à une agression verbale et 28,4% étaient exposés à une agression physique. Trente-deux PS (39.5%) répondaient aux critères de burnout dans cette étude (soit un score composite de « EE élevé » associé à un « DP élevé » et/ou un « AP bas »). La quasi-totalité du PS affecté au travail de jour fixe ne souffraient pas de burnout (96% vs 81% ; $p=0,03$). Soixante pour cent du personnel du service de réanimation médicale ne souffraient pas de burnout (vs. 34,4% dans le groupe burnout) avec $p=0,02$. Au terme de l'analyse multivariée, Les facteurs associés au burnout étaient le travail en horaires de jour fixe (OR = 0,169 ; IC : 95% [0,29 ; 0,98] ; $p=0,04$) et l'affectation au service de réanimation médicale (OR = 0,344 ; IC : 95% [0,12 ; 0,99] ; $p=0,04$).

Conclusion : Parmi le PS exerçant dans les unités de soins intensifs, ceux affectés au service de réanimation médicale et travaillant de jour fixe étaient les moins exposés au burnout dans cette étude.

P 365 FACTEURS ASSOCIES AU PRESENTEISME CHEZ LE PERSONNEL DES UNITES DE SOINS INTENSIFS SOUFFRANT DE LOMBALGIES

A.Kheder : Service de médecine du travail et des pathologies professionnelles Hôpital Taher Sfar Mahdia.
F.El Hadj Salem : Groupement de médecine du travail Mahdia.
S.Chebbi : Service de médecine du travail et des pathologies professionnelles Hôpital Taher Sfar Mahdia.
O.Dahri : Service de médecine du travail et des pathologies professionnelles Hôpital Taher Sfar Mahdia.
N.Belhadj : Service de médecine du travail et des pathologies professionnelles Hôpital Taher Sfar Mahdia.
A.Omrane : Service de médecine du travail et des pathologies professionnelles Hôpital Taher Sfar Mahdia.
A.Mahfoudh : Service de médecine du travail et des pathologies professionnelles Hôpital Taher Sfar Mahdia.
T.Khalfallah : Service de médecine du travail et des pathologies professionnelles Hôpital Taher Sfar Mahdia.

Introduction : Le présentisme est le fait de se présenter au travail même en étant malade. Dans le domaine de la santé, ce phénomène est alarmant par ses répercussions importantes sur la santé des travailleurs et sur la sécurité des patients.

Objectif : L'objectif de cette étude était d'identifier facteurs associés au présentisme chez le personnel soignant (PS) des unités de soins intensifs souffrant de lombalgies.

Méthode : Une étude descriptive, transversale, exhaustive a été conduite auprès du PS des unités de soins intensifs, à savoir les services de réanimation médicale, d'anesthésie réanimation et des urgences du CHU Taher Sfar Mahdia. Un auto-questionnaire a été distribué aux PS travaillant dans ces services depuis au moins deux ans et ayant déclaré souffrir de douleurs au niveau du bas du dos au cours des 12 derniers mois. Afin d'évaluer le présentisme le « Work Role Functioning Questionnaire » a été utilisé. L'évaluation de l'intensité des lombalgies a été réalisée par l'intermédiaire de l'échelle visuelle analogique (EVA).

Résultat : Parmi 102 PS répondants potentiels, 60 ont correctement rempli le questionnaire et ont été inclus dans l'étude (soit un taux de réponse de 62%). L'âge médian était de 32 ans (IIQ : 30-35). Presque la moitié de la population d'étude (46,7%) avait des lombalgies pendant plus de 30 jours durant les 12 mois précédant l'étude. Cette douleur était cotée « modérée à intense » selon l'échelle EVA dans 66,7% des cas. Le taux de présentisme dans la population d'étude était de 81,7%. Au terme de l'analyse univariée, 81,6% du PS souffrant de présentisme étaient des femmes ($p=0,001$). Le PS qui ne souffrait pas de présentisme pratiquait plus souvent une activité sportive (63,6% vs 20,4%, $p=0,008$). Le PS du groupe présentisme rapportait plus souvent des douleurs lombaires « modérées à intenses » (73,5% vs 36,4%, $p=0,03$). Les facteurs associés au présentisme dans cette étude étaient le genre féminin (OR=13,13 ; IC : 95% [2,552 ; 27,556] ; $p=0,002$) et la douleur lombaire « modérée à intense » selon l'échelle EVA (OR=5,593 ; IC : 95% [1,106 ; 12,281] ; $p=0,03$).

Conclusion : Les facteurs associés au présentisme dans notre étude chez le PS des unités de soins intensifs souffrant de lombalgies étaient le genre féminin et les douleurs lombaires « modérées à intenses ».

P 366 QUALITE DE VIE DU PERSONNEL LOMBALGIQUE DANS LES SERVICES DE REANIMATION MEDICALE ET DES URGENCES

S.Chebbi : Service de médecine du travail et des pathologies professionnelles Hôpital Taher Sfar Mahdia.
A.Kheder : Service de médecine du travail et des pathologies professionnelles Hôpital Taher Sfar Mahdia.
F.El Hadj Salem : Groupement de médecine du travail Mahdia.
O.Dahri : Service de médecine du travail et des pathologies professionnelles Hôpital Taher Sfar Mahdia.
A.Omrane : Service de médecine du travail et des pathologies professionnelles Hôpital Taher Sfar Mahdia.
N.Belhadj : Service de médecine du travail et des pathologies professionnelles Hôpital Taher Sfar Mahdia.
A.Mahfoudh : Service de médecine du travail et des pathologies professionnelles Hôpital Taher Sfar Mahdia.
T.Khalfallah : Service de médecine du travail et des pathologies professionnelles Hôpital Taher Sfar Mahdia.

Introduction : La lombalgie est un symptôme fréquent qui constitue un réel problème de santé au travail chez le personnel soignant (PS). Ce symptôme peut parfois être handicapant et retentir sur les activités professionnelles et sur les activités de la vie quotidienne.

Objectif : Evaluer la répercussion des lombalgies sur la qualité de vie (QDV) du PS dans les services de réanimation médicale et des urgences.

Méthode : Une étude transversale, exhaustive, a été menée auprès du PS travaillant dans des services de réanimation médicale et des urgences du CHU Taher Sfar Mahdia souffrant de lombalgies durant les 12 derniers mois. Un auto-questionnaire a été administré afin de relever les données socio-démographiques, professionnelles et médicales. L'échelle de Dallas dans sa version adaptée par le GEL pour les lombalgies a été utilisée pour évaluer la QDV. Il est

subdivisé en quatre domaines : activités quotidiennes, activité professionnelle et loisir, dépression-anxiété et sociabilité. Il permet d'obtenir une estimation en pourcentage du retentissement de la lombalgie sur chaque domaine.

Résultat : Au total, 49 personnels soignants souffrant de lombalgies ont accepté de répondre au questionnaire. L'âge moyen était de $34 \pm 5,3$ ans avec une prédominance féminine (67%). Soixante et un pourcent des PS étaient mariés et 55% avaient un enfant à charge. La majorité des participants était des infirmiers 53% suivi par des médecins résidents 26.5%. Des lombalgies évoluant sur plus de 30 jours durant les 12 derniers mois ont été retrouvés chez 22 PS (45%) et 34 d'entre eux (69%) avaient des lombalgies d'intensité > 4 sur l'échelle visuelle analogique (EVA). Concernant la QDV, la moyenne du score Dallas était de $32,5 \pm 17$ %. La répercussion des lombalgies était en moyenne de 41 ± 27 % sur les activités quotidiennes, de 29 ± 14 % sur l'activité professionnelle et les loisirs, de 30 ± 13 % sur le rapport anxiété dépression et de 30 ± 14 % sur la sociabilité. Selon les données de la littérature, on a pu diviser notre population en deux groupes : 27 PS avec une altération intermédiaire à majeure de la QDV et 22 PS sans altération de la QDV. Le PS pratiquant une activité sportive régulière avaient une qualité de vie moins altérée que ceux qui n'en pratiquaient pas, sans relation statistiquement significative (18,2% vs 33,3% ; $p=0,2$). Le groupe de PS ayant une qualité de vie altérée avaient reporté une intensité plus forte des lombalgies, sans relation statistiquement significative (médiane (IQR) 5 (3-6) vs 4 (3-5,25), $p=0,1$).

Conclusion : A travers cette étude nous n'avons pas pu identifier des facteurs associés à l'altération de la QDV des PS. Ceci pourrait être due au faible taux de réponse dans ces services à fortes charge de travail.

P 367 UNUSUAL CASE OF MINOCA SYNDROME DUE TO RECURRENT CORONARY EMBOLISM: A CASE REPORT

Yosri Ben Ali : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

Houda Belkhiria : Cardiology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

Hela Ammar : Cardiology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

Ahmed Jamel : Cardiology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

Imen Belhouchet : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

Dhouha Ben braiek : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

Sourour Bel haj Youssef : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

Nadine Boukadida : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

Amine Boufares : Cardiology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

Mahdi Kharrat : Cardiology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

Haifa Sfar : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

Dhia Farjallah : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

Malek Achour : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

Najeh Ben Halima : Cardiology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

Jihen Ayachi : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

Introduction : Coronary embolism represents an unusual etiology of acute coronary syndrome (ACS). This condition constitutes a distinct entity within the spectrum of MINOCA (Myocardial Infarction with Non-Obstructive Coronary Arteries) syndrome. We present the case of a patient with recurrent embolic ACS.

Cas clinique : A 42-year-old male with a 30-pack-year history of active smoking, presented to the emergency department with retrosternal chest pain radiating to the left shoulder. No flu-like symptoms, acute stress, or drug consumption were reported. The clinical exam was normal, and the electrocardiogram indicated a regular sinus rhythm at 74 beats per minute, along with ST-segment elevation in the inferobasal territory without ST-segment depression. The diagnosis of inferobasal myocardial infarction (MI) was established. Following administration of anti-thrombotic and anti-ischemic treatment, the patient was transferred to the catheterization room. Radial coronary angiography revealed a thrombus in the proximal left anterior descending artery (LAD) without underlying atherosclerotic lesions or coronary occlusion. Echocardiography demonstrated normal left ventricular function with no segmental kinetic abnormalities or associated anomalies. Laboratory results and thrombophilia assessment were within normal limits except for positive troponin levels. The patient was discharged home after 5 days with a total resolution of chest pain. One year later, the patient was admitted for the same clinical presentation. The diagnosis of inferobasal MI was confirmed. The emergent coronary angiography displayed the same appearance as the prior one: thrombosis of the proximal LAD without underlying lesions. The etiology of thrombosis was then related to the consumption of cannabis and cocaine. A follow-up coronary angiography was performed one month later, revealing the disappearance of the previously described thrombotic image. The diagnosis of thrombotic-appearing ACS related to cocaine intoxication was established. The patient did not undergo stenting and exhibited favorable progress under medical treatment.

Conclusion : MINOCA syndrome related to toxic consumption-inducing coronary embolism is rare. Early diagnosis and prompt management are crucial to prevent serious complications.

P 368 ENSEIGNEMENT PAR SIMULATION EN RÉANIMATION MÉDICALE POINT DE VUE DES FORMATEURS ET ENJEUX

AYED SAMIA : REANIMATION MEDICALE HOPITAL ABDERRAHMEN MAMI.
JAMOSSI AMIRA : REANIMATION MEDICALE HOPITAL ABDERRAHMEN MAMI ARIANA.
RACHDI EMNA : REANIMATION MEDICALE HOPITAL ABDERRAHMEN MAMI ARIANA.
JARRAYA FATMA : REANIMATION MEDICALE HOPITAL ABDERRAHMEN MAMI ARIANA.
BEN MRAD NACEF : REANIMATION MEDICALE HOPITAL ABDERRAHMEN MAMI ARIANA.
GHABARA RACHA : REANIMATION MEDICALE HOPITAL ABDERRAHMEN MAMI ARIANA.
BEN KHELIL JALILA : REANIMATION MEDICALE HOPITAL ABDERRAHMEN MAMI ARIANA.

Introduction : Pour des raisons éthiques, didactiques et pédagogiques, la simulation constitue une méthode pédagogique largement utilisée actuellement dans l'enseignement des sciences de la santé.

Objectif : L'objectif de ce travail était d'évaluer le degré de familiarisation et d'implication des formateurs à l'enseignement par simulation en réanimation médicale et d'analyser les enjeux et les perspectives futures liés à cet enseignement.

Méthode : Il s'agissait d'une étude transversale monocentrique incluant les enseignants hospitalo-universitaires en réanimation médicale de la Faculté de Médecine de Tunis en charge de la formation par simulation des étudiants en médecine. Un questionnaire leur a été envoyé comportant des questions à propos de l'enseignement par simulation, de la formation et des problèmes rencontrés.

Résultat : Au total 22 réanimateurs hospitalo-universitaires ont répondu au questionnaire parmi lesquels 10 appartenaient au corps enseignant B. Uniquement 14 enseignants ont été des encadreurs référents pour les externes en 3^{ème} année du deuxième cycle d'études médicales. Les ateliers de simulations ont eu lieu dans la Faculté de médecine de Tunis dans la majorité des cas. Les séances de simulation haute et basse fidélité ont été les plus réalisées respectivement par 17 et 16 formateurs. Vingt enseignants étaient globalement satisfaits de l'enseignement qu'ils donnaient. Vingt enseignants ont déclaré avoir bénéficié d'au moins une formation en enseignement par stimulation avec une bonne satisfaction. Deux enseignants n'ont eu aucune formation en enseignement par simulation. Des problèmes techniques et logistiques ont été rencontrés respectivement par 10 et 9 enseignants. Les problèmes techniques étaient essentiellement liés au son et à la manipulation du mannequin. Les problèmes logistiques étaient liés au manque de ressources humaines, à la planification des séances et à la marge horaire allouée. Les enseignants ont proposé des axes d'amélioration tels que la formation des formateurs et le développement professionnel continu.

Conclusion : L'enseignement par simulation en réanimation médicale est assuré par la majorité des enseignants avec une répartition inégale. La formation des formateurs est un objectif majeur et indispensable à acquérir pour garantir un enseignement par simulation de qualité.

P 369 HIGH-RISK PREGNANCY IN COMPLEX CONGENITAL HEART DISEASE: A CHALLENGING CASE STUDY

Yosri Ben Ali : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
Houda Belkhiria : Cardiology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
Hela Ammar : Cardiology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
Ahmed Jamel : Cardiology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
Dhouha Ben braiek : Medical Intensive Care Unit Medical Intensive Care Unit.
Nadine Boukadida : Medical Intensive Care Unit Medical Intensive Care Unit.
Sourour Bel haj Youssef : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
Amine Boufares : Cardiology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
Mahdi Kharrat : Cardiology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
Safa Ben Mansour : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
Haifa Sfar : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
Najeh Ben Halima : Cardiology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
Jihen Ayachi : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

Introduction : Pregnancy poses inherent risks even among women in a state of well-being. These risks are notably amplified for those living with congenital heart disease (CHD) and carry implications for both maternal and fetal well-being.

Cas clinique : A 22-year-old woman, pregnant at 9 weeks, consulted for dyspnea. Examination revealed cyanosis, tachypnea, oxygen saturation of 78%, blood pressure of 120/80mmHg, and a sinus rhythm of 90 bpm on the electrocardiogram (ECG). Echocardiographic findings showed a double outlet right ventricle (DORV), pulmonary atresia, and a significant aneurysmal initial aortic dimension of 68mm. Notably, no collateral vessels were visualized. Morphological lesions manifested as dysplastic aortic and tricuspid valves, accompanied by regurgitation and moderately significant stenosis, high flow velocity, and diastolic extension in the descending aorta (suggestive

of possible coarctation). The left ventricle displayed hypertrophy, with preserved systolic function, while the right ventricle exhibited modest dilation, hypertrophy, and diastolic dysfunction. The presence of moderate tricuspid insufficiency indicated supra- systemic right ventricular pressure (RVP) estimated at 140 mmHg, signifying a high risk of aortic dissection. The patient's clinical classification aligning with World Health Organization (WHO) Class VI was attributed to the severity of pulmonary hypertension and the ascending aortic diameter, resulting in the formal contraindication of pregnancy. Notwithstanding this, the patient opted to proceed with her pregnancy. However, spontaneous cessation of pregnancy occurred one month later. A thoracic CT angiography showed dilatation of the ascending aorta at 74mm with multiple collaterals of the pulmonary artery. Right heart catheterization revealed precapillary pulmonary hypertension, with an unfavorable reversibility test indicating persistent pulmonary hypertension. Consequently, pharmacotherapy involving sildenafil was initiated.

Conclusion : Women with cyanotic congenital heart disease are particularly predisposed to intricate pregnancies. A multidisciplinary approach in the preconception period is crucial for avoiding pregnancy in women with congenital heart disease and in the management and decision of pregnancy cessation to prevent complications.

P 370 LA RUPTURE UTERINE SUR UTERUS SAIN NON CICATRICIEL : UNE COMPLICATION EXEPTIONNELLE À REDOUTER

I.Trabelsi : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte.

I.Klai : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa bizerte.

J.Guissouma : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa bizerte.

H.Allouche : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa bizerte.

H.Benali : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa bizerte.

FZ.Gamara : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa bizerte.

H.Brahmi : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa bizerte.

M.Samet : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa bizerte.

H.Ghadhoune : Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa bizerte.

Introduction : La rupture utérine est une complication grave du travail mettant en jeu le pronostic materno-fœtal, ainsi que le devenir obstétrical maternel. Plus fréquente en cas d'utérus cicatriciel, elle survient rarement en cas d'utérus sain mais avec des tableaux plutôt sévères.

Cas clinique : Nous présentons un cas de rupture utérine sur utérus sain chez une patiente de 35 ans G4P3 (un avortement) sans antécédents pathologiques. Les accouchements antérieurs étaient par voie basse, à terme et sans incidents. Le travail était rapide et spontané sans utérotoniques, donnant naissance par voie basse à un nouveau-né en bon état. Toutefois, la délivrance était incomplète ce qui a nécessité alors la réalisation d'une révision utérine, révélant une solution de continuité utérine. La patiente a été acheminée immédiatement au bloc opératoire où on a mis en évidence une rupture utérine isthmique antérolatérale. Une hystérorraphie était réalisée en urgence néanmoins la patiente a présenté un état de choc hémorragique(EDC) nécessitant le recours aux transfusions (culots globulaires et du plasma frais congelé), aux amines vasoactives et au facteur VII. Devant la persistance de l'EDC, une hystérectomie d'hémostase était indispensable avec stabilisation ultérieure, sevrage des amines et extubation. A H2 post opératoire la patiente a présenté une triple défaillance respiratoire, neurologique et hémodynamique imposant la reprise des amines, la ventilation mécanique et l'admission en réanimation. La biologie révélait une acidose métabolique sévère hyperlactique pH=6.60, HCO3=7.7 et lactates=16mmol/L, une agression rénale aiguë urée/ créatinine=0.92/133umol/L, une cytolysé hépatique ASAT/ALAT=129/220, une déglobulisation malgré les transfusions Hb=6.8g/L(Hb initiale=12g/L) et une thrombopénie à 37000/L Le scanner thoraco-abdomino- pelvien fait à j2 a objectivé un épanchement sous hépatique de moyenne abondance avec des hématomes d'âges différents péri- urétéraux. L'évolution était favorable avec sevrage des amines à J3, extubation à J8 et transfert en gynéco-obstétrique à J10.

Conclusion : La rupture utérine sur utérus sain est une complication exceptionnelle mais grave avec parfois des tableaux cliniques trompeurs. C'est une urgence diagnostique et thérapeutique nécessitant une prise en charge multidisciplinaire précoce et optimale afin d'améliorer le pronostic materno-foetal.

P 371 INTENSIVE CARE PROFESSIONALS' UNDERSTANDING AND OPINIONS ON THE USE OF ARTIFICIAL INTELLIGENCE

I.Sellami : Réanimation Abderrahmen Mami.
N.Ben Mrad : Réanimation Abderrahmen Mami.
E.Rachdi : Réanimation Abderrahmen Mami.
F.Jarraya : Réanimation Abderrahmen Mami.
S.Ayed : Réanimation Abderrahmen Mami.
A.Jamoussi : Réanimation Abderrahmen Mami.
J.BenKhelil : Réanimation Abderrahmen Mami.

Introduction : Application of artificial intelligence (AI) may offer multiple prospects for better healthcare. Notably, while AI could provide valuable assistance for clinicians in data-intensive environments, it must overcome numerous challenges before becoming a routine part of clinical practice.

Objectif : To assess the comprehension, the perception, and the usage of artificial intelligence in intensive care caregivers.

Méthode : It was an observational descriptive study which included critical care caregivers in Tunisia. A questionnaire was sent via Google forms platform. Acceptance to participate in the study has been requested. The following demographic variables assessed were gender, age, working position and knowledge. Questions were asked about the advantages, disadvantages, obstacles, impacts, and concerns perceived by the subjects. The questionnaire was based on the established analytic model of rating scale of Likert to record 5 stages of opinions. The reliability of the questionnaire was analyzed using Cronbach's alpha test. Data were analyzed using the Mann-Whitney and Kruskal Wallis tests.

Résultat : A total of 56 questionnaires (female: n=43, 77%) were collected and analyzed. Twenty-four (43%) were physicians and 32 were paramedics. Thirty two of the participants (57%) were under 30 years old. Overall, 37 (66%) of the participants have been in contact with AI. An alpha level of $P=.05$ was set for all analyses. The reliability of the questionnaire was evaluated between 0.709 and 0.851. Participants saw the most benefits of AI application in repetitive tasks automation (27% strongly agreed, and 29% agreed).

Major potential disadvantages were responsibility and accountability in the case of AI error (25% strongly agreed, and 20% agreed) and protecting patient privacy and data (23% strongly agreed, and 23% agreed). There was no significant difference in the perception of the obstacles, impacts, and concerns according to the age or working position. Persons under 30 years old evaluated the benefits of this technology higher than participants who are 31 years old and more ($p=0.03$). Physicians were more likely to have IA concerns than paramedics ($p=0.04$). Thirty participants (54%) thought the results provided by AI were reliable, 23 thought they were moderately reliable and two thought they were very reliable.

Conclusion : Critical care caregivers are open to AI applications in their professional field and expect numerous benefits for staff and patients, but they anticipate technical difficulties and lack a stable legal basis for the use of AI.

P 372 PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE DES TRAUMATISMES OUVERTS PAR ARMES BLANCHES

Mouna Jerbi : Urgence et SAMU 04 Habib Bourguiba Sfax.
Emna Gharbi : Urgence et SAMU04 sfax Habib Bourguiba Sfax.
Refka Sboui : Urgence et SAMU 04 Habib Bourguiba Sfax.
Housseem Affes : Urgence et SAMU 04 Habib Bourguiba Sfax.
Adel Chaari : Urgence et SAMU 04 Sfax Habib Bourguiba Sfax.
Leila Kammoun : Urgence et SAMU 04 Habib Bourguiba Sfax.
Noureddine Rekik : Urgence et SAMU 04 Habib Bourguiba Sfax.

Introduction : les plaies par arme blanche sont devenus de plus en plus fréquents. Ils peuvent mettre en jeu le pronostic vital comme le pronostic fonctionnel. La gravité dépend du caractère superficiel ou pénétrant de la plaie et des organes lésés.

Objectif : le but de cette étude était de déterminer les caractéristiques épidémiologiques des traumatismes par armes blanches aux urgences.

Méthode : il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive s'étendant sur une période de 3 ans et demi, de janvier 2020 jusqu'à août 2023 colligeant tous les patients admis aux urgences pour prise en charge de traumatisme par arme blanche.

Résultat : 53 patients ont été colligés. L'âge moyen était 31 +/-10 [9,58]. Le sex-ratio était 7. Cinq patients (9,4%) ont été étrangers. Quatre patients (7,5%) avaient des antécédents psychiatriques. L'intoxication alcoolique a été trouvée dans 16 cas (30,2%). Le délai de prise en charge est en moyenne 66 min +/-[15,150]. Dans la majorité des cas les patients arrivent par leurs propres moyens (N=29 ;54,7 %). Les autres ont été transportés par la protection civile dans 17 % (N=9) suivie par le transport par le SAMU 04 et par l'ambulance type B dans 11,3 % des cas respectivement (N=6). La nature du traumatisme était dans la majorité des cas (N=47 ; 88,7 %) une agression suivie par une tentative de suicide dans 5,7% (N=3) et par une automutilation dans 3,8 % (N=2). L'agent utilisé était tranchant dans la majorité des cas (N=28,52,8) essentiellement par couteau (N=14 ; 50%).Vingt patients seulement ont présenté une plaie unique soit 37,7%, tant dis que trente-trois patients ont présenté des plaies multiples soit 62,2% avec des extrêmes allant de deux à neuf.Dix patients avaient uniquement des plaies superficielles dont le nombre moyen était 2 [1,5]. Quarante-trois patients avaient un traumatisme pénétrant siégeant principalement au niveau de l'étage thoracique (N=20) et périphérique (N=12) suivis par l'étage abdominal (N=11). La Durée d'hospitalisation moyenne été de 1.55. 19 ont été mis sortant soit 35.8% et 29 patients ont été transféré vers d'autres services (54.7%). L'évolution a été fatale pour 5 patients.

Conclusion : Malgré que le nombre de plaies par arme blanche reste encore faible, leur répercussion peut être fatale, ainsi leur identification à temps et la bonne prise en charge reste primordiale pour diminuer la morbi mortalité liés ses traumatismes.

P 373 LA CHARGE ÉCONOMIQUE DES POLYTRAUMATISÉS EN RÉANIMATION : UN DÉFI FINANCIER POUR LES SYSTÈMES DE SANTÉ

NZ.Jaafar : Réanimation médicale Hôpital régional de Zaghouen.
N.Ben Slimene : Réanimation médicale Hôpital régional de Zaghouen.
M.Beji : Réanimation médicale Hôpital régional de Zaghouen.
F.Essafi : Réanimation médicale Hôpital régional de Zaghouen.
B.Ben Dhia : Réanimation médicale Hôpital régional de Zaghouen.
K.Ben Ismail : Réanimation médicale Hôpital régional de Zaghouen.
I.Talik : Réanimation médicale Hôpital régional de Zaghouen.
T.Merhbene : Réanimation médicale Hôpital régional de Zaghouen.

Introduction : Le polytraumatisme représente un challenge de prise en charge pour les services de réanimation de par les ressources humaines et matérielles qu'ils mobilisent. Peu d'études récentes se sont intéressées à l'évaluation du coût économique chez ce type de patients.

Objectif : L'objectif de l'étude était d'estimer le coût économique direct associé à la prise en charge des polytraumatisés admis en unité de réanimation.

Méthode : Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive menée au sein d'une réanimation tunisienne entre Juin 2019 et Juin 2023 incluant les patients admis pour prise en charge d'un polytraumatisme. Les coûts étaient calculés à partir des tarifications des prestations hospitalières et des médicaments de la pharmacie interne. Le coût était subdivisé en trois catégories : les explorations (radiologiques et biologiques), la prise en charge médicamenteuse (alimentation, antibiotiques, transfusions et anticoagulation) et non médicamenteuse (cathétérisme, drains et support ventilatoire). Le coût lié aux interventions chirurgicales, à la rémunération du personnel, aux frais d'hôtellerie n'était pas considéré dans le calcul du coût total.

Résultat : Durant la période de l'étude, 75 patients ont été admis pour prise en charge d'un polytraumatisme, soit une incidence de 7%. La médiane d'âge des patients était de 38 ans [27-54] avec une nette prédominance masculine à 92%. La médiane des scores de gravité IGSII et APACHEII à l'admission était respectivement de 24 [15-40] et 10 [5-17]. Les accidents de la voie publique étaient la cause directe d'admission dans 89,5% des cas La ventilation mécanique invasive était indiquée chez 56 patients pendant une durée médiane de 6 jours [1-10]. Onze patients ont été trachéotomisés devant un sevrage ventilatoire prolongé. La durée médiane de séjour était de 8 jours [3-12] avec un taux de mortalité de 39%. Le coût médian des dépenses totales en soins intensifs était estimé à 1747,8 DT avec des extrêmes de 330,8 et de 12049,6 DT contre un montant médian payé par les patients à 935,5DT [574,2-1671,2]. Celui lié aux explorations était estimé à 814,8DT [526,8-1048,8], à la prise en charge médicamenteuse de 500,3 DT [279-1208] et à la prise en charge non médicamenteuse de 311,5DT [216,5-575,5] (Tableau I).

Conclusion : La prise en charge des polytraumatisés en réanimation représente une charge économique pesante pour le système de santé publique. Ces coûts peuvent s'étendre au-delà de la période d'hospitalisation pour les polytraumatisés sortant de la réanimation avec des séquelles.

Tableau I: Récapitulatif des dépenses

Dépenses	Coût Total(DT)	Coût médian par patient
Lié aux différentes explorations		
• Analyses biologiques	32868	292,8 [112,8-436,8]
• Explorations radiologiques	42768	522 [450-801]
Lié à la prise en charge médicamenteuse		
• Sédation	11110	96 [0-224]
• Antibiothérapie	25095	108,5 [44,5-383,5]
• Alimentation parentérale	23780	246 [164-512]
• Alimentation entérale	4360	105 [50-270]
• Anticoagulation	5513	38,5 [15-80]
• Dialyse	2650	265 [171-1551]
• Transfusion	2528	80 [32-120]
Lié la prise en charge non médicamenteuse		
• Cathétérisme vasculaire	19327	187 [187-374]
• Drainage	3525	235 [117,5-235]
• Support ventilatoire	4398,5	32,5 [32,5-104,6]]
Total	177922,5	1747,8 [1052,8-3259,3]

P 374 LES URGENCES CHIRURGICALES CHEZ LES PATIENTS HOSPITALISÉS EN UNITÉS DE SOINS INTENSIFS PAR ARME BLANCHE

Mouna Jerbi : Urgence et SAMU 04 Habib Bourguiba Sfax.
Emna Gharbi : Urgence et SAMU04 sfax Habib Bourguiba Sfax.
Refka Sboui : Urgence et SAMU 04 Habib Bourguiba Sfax.
Imen Salem : Urgence et SAMU 04 Habib Bourguiba Sfax.
Olfa Chakroun : Urgence et SAMU 04 Sfax Habib Bourguiba Sfax.
Leila Kammoun : Urgence et SAMU 04 Habib Bourguiba Sfax.
Noureddine Rekik : Urgence et SAMU 04 Habib Bourguiba Sfax.

Introduction : les plaies par arme blanche sont devenus de plus en plus fréquents. La gravité dépend du caractère superficiel ou pénétrant de la plaie, de sa localisation, et des organes lésés. La prise en charge doit être optimale, immédiate et multidisciplinaire.

Objectif : le but de cette étude était de déterminer les patients ayant nécessité une chirurgie et leur évolution clinique.

Méthode : il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive s'étendant sur une période de 3 ans et demi, de janvier 2020 jusqu'à septembre 2023 colligeant tous les patients admis aux soins pour prise en charge de traumatisme par arme blanche. On a collecté les patients ayant un traumatisme pénétrant et ayant nécessité une urgence chirurgicale.

Résultat : 62 patients ont été colligés. L'âge moyen était 31 +/-10 [16,58]. Le sex-ratio était 11. Le délai de prise en charge est en moyenne 65 min +/- [20,150]. Le traumatisme était pénétrant dans 79 % des cas (N=49). Les urgences chirurgicales ont été indiquées dans 19 cas (30,6 %) dont la spécialité la plus concernée a été la chirurgie cardio-vasculaire (N=11 ; 57,8%) suivie par la chirurgie orthopédique (N=10 ; 52,6 %) et la chirurgie générale (N=7 ; 36,8%). Une détresse vitale était présente dans 47,4 % des cas (N=9) dont la détresse hémodynamique était prédominante (N=7 ; 77,7 %). La détresse respiratoire et neurologique étaient présentes dans 66,6 % (N=6) et 44,4 % (N=4) respectivement. À propos des autres défaillances viscérales, ils étaient à type d'hématologique (N=3) et rénal (N=3). Une acidose métabolique a été trouvée chez 7 patients. Une exploration radiologique a été faite pour tous les patients. Elle a objectivé une atteinte thoracique, abdominale, cranio-faciale, au niveau du bassin et au niveau périphérique. Un traumatisme thoracique a été trouvé dans 47,4 % (N=9) dont les lésions prédominantes étaient le pneumothorax (N=3), l'hémithorax (N=3), l'hémomédiastin (N=2) et l'hémopéricarde (N=2). Un traumatisme abdominal a été trouvé dans 36,8 % des cas (N=7) dont les lésions prédominantes étaient une atteinte splénique (N=2), plaie diaphragmatique (N=2) et une atteinte hépatique (N=1). Un hémopéritoine et un pneumopéritoine ont été trouvés dans 6 et 3 cas respectivement. Un traumatisme du massif facial a été objectivé chez 3 patients dont 2 patients avaient une atteinte oculaire. Un traumatisme périphérique a été trouvé chez dix patients dont l'un a bénéficié d'une amputation. Une atteinte vasculaire, musculaire et nerveuse ont été objectivées chez 9,6 et 3 cas respectivement.

L'issue finale des patients opérés était le transfert dans 89,5 % des cas (N=17) et la sortie dans 10,5 % (N=2).

Conclusion : Les traumatismes pénétrants sont rares mais potentiellement graves. Ils peuvent présenter une urgence chirurgicale nécessitant une prise en charge multidisciplinaire.

P 375 ÉVALUATION DE LA SATISFACTION DES PATIENTS ADMIS AU SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES

M.Beji : Service des Urgences Hôpital Régional de Zaghuan.
F.Essafi : Service des Urgences Hôpital Régional de Zaghuan.
K.Ben Ismail : Service de Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghuan.
N.Ben Slimene : Service de Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghuan.
I.Talik : Service de Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghuan.
B.Ben Dhia : Service de Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghuan.
T.Merhbene : Service de Réanimation Médicale Hôpital Régional de Zaghuan.

Introduction : La satisfaction des patients est utilisée comme une mesure de la qualité du système de santé. Les patients sont aujourd'hui des partenaires de soins avec les médecins. Cette nouvelle relation mérite d'être évaluée dans le but d'améliorer la prestation sanitaire.

Objectif : Déterminer le degré de satisfaction des patients hospitalisés au service d'accueil des urgences (SAU) dans un hôpital régional.

Méthode : Une enquête par questionnaire a été réalisée auprès des patients admis au SAU de l'hôpital régional de Zaghuan. Le questionnaire SAPHORA dans sa version en langue française, adapté à notre contexte a été utilisé pour cette étude. Le questionnaire était traduit et assisté par l'enquêteur durant chaque entretien. L'étude s'est déroulée entre le 10 août et le 10 septembre 2023. Les patients étaient consentants et ont répondu de façon anonyme.

Résultat : Durant la période d'étude, 50 patients ont accepté de répondre au questionnaire. La médiane d'âge était de 60,4 ans [17-87 ans]. Le genre-ratio était à 1,05. Soixante-quatre pour cent étaient des habitants du milieu urbain. Quarante-trois pour cent étaient analphabètes. Un tiers des patients étaient transféré des autres urgences de 1 ère ligne de la région. Le transport était par propre moyen dans 66% des cas, ambulance type B dans 18% des cas et protection civile dans 13% des cas. Le délai d'attente avant l'hospitalisation était estimé à une durée inférieure à 1 heure par 55,4% des patients et entre 1h et 4h dans 45,9% des cas. Le motif d'admission était médical dans 84% des cas, et les patients étaient classé niveau 3 selon la CCM. La durée d'hospitalisation au SAU était de moins de 24h dans 40,5%. Quarante-huit pour cent étaient secondairement admis à l'hôpital. L'accueil administratif était jugé satisfaisant par 72,7% des patients. Les patients rapportaient que les soins reçus à l'accueil de même que la qualité des soins et l'organisation de sortie étaient satisfaisantes dans 76,7%, 83,4%, 89,7% des cas respectivement. Les principales causes d'insatisfaction des patients étaient l'inconfort du séjour dans 57% des cas, le manque de communication dans 54% et la difficulté d'identifier le personnel soignant interlocuteur dans 51%. Cinquante-sept pour cent des patients ont confirmé qu'ils vont reconsulter le SAU de l'hôpital si nécessaire.

Conclusion : Suite à cette enquête, il conviendrait de prendre en compte les différents motifs d'insatisfaction. Ceci exigera un véritable travail d'équipe soutenue par la mise en place d'un programme qualité et par des actions de formation des professionnels de santé.

P 376 L'HYSTERECTOMIE D'HEMOSTASE POUR SAUVTAGE MATERNEL : A PROPOS DE 14 CAS

O.Ben Rejeb : Gynecologie obstetrique mohamed tlatli nabeul.
R.Letifi : Gynecologie obstetrique mohamed tlatli nabeul.
Chawki Mrazguia : Gynecologie obstetrique mohamed tlatli nabeul.

Introduction : Les hémorragies du post-partum sont un sujet de préoccupation constant pour les obstétriciens et les anesthésistes. Leur traitement repose de plus en plus sur les moyens médicaux et les techniques chirurgicales conservatrices. Néanmoins l'hystérectomie d'hémostase, reste le geste salvateur incontournable de sauvetage maternel.

Objectif : de préciser les particularités épidémiologiques des patientes ayant nécessité une hystérectomie d'hémostases ainsi que les indications de cette intervention dans notre maternité et d'étudier la morbidité et la mortalité maternelle en cas d'hystérectomie d'hémostase.

Méthode : étude rétrospective de 14 cas d'hystérectomie d'hémostase en post partum colligés dans notre maternité durant la période allant du 01/01/2021 jusqu'au 31/08/2023.

Résultat : L'âge moyen de nos patientes est de 33ans avec (22-43ans). La parité moyenne est de 2.1 (1 à 6). Les facteurs de risque d'hémorragie du post partum ont été répartis comme suit : Multiparité : 9; utérus cicatriciel : 2; macrosomie : 2; grossesse gémellaire : 1. Les facteurs de risque étaient souvent intriqués, six patientes n'avaient aucun facteur de risque. Huit patientes ont accouchées par césarienne et six par voie basse. L'hystérectomie était pratiquée d'emblée chez 4 patientes et après échec de traitement conservateur chez 10 patientes. Elle était dans 85% des cas subtotale. Le tableau clinique était commun à toutes nos patientes : un état de choc hémorragique avec tachycardie et chute de la TA, une oligoanurie et un saignement actif rouge vif. Les indications de l'hystérectomie ont été réparties comme suit: Inertie utérine avec hémorragie massive et instabilité hémodynamique : 8cas (6cas après échec de ligatures vasculaires). Placenta accreta : 3 cas. Rupture utérine sans possibilités de réparation: 1 cas. Une plaie de la filière génitale : 2 cas. Toutes les patientes ont bénéficié d'un traitement par Nalador et d'une transfusion par des culots globulaires et du PFC. Le nombre de culots globulaires transfusés était en moyenne de quatre. La durée de l'acte opératoire a varié de 25 à 40minutes. Les complications per et post opératoires: Un cas de plaie vésicale. Deux patientes ont eu une infection de la paroi. Le transfert dans un service de réanimation chirurgicale a été nécessaire chez 9 patientes, les motifs de transferts étaient : CIVD (5cas); instabilité hémodynamique (3 cas);HELLP syndrome (1 cas). Un cas de décès maternel a été déploré.

Conclusion : Une prévention de l'hémorragie de la délivrance et des nouvelles stratégies thérapeutiques s'imposent pour améliorer la prise en charge de l'hémorragie grave du post-partum. C'est cependant la maîtrise technique du geste chirurgical vital qui est indispensable.

P 377 LES PATIENTS AYANT DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES PREEXISTANTS ADMIS EN REANIMATION : CARACTERISTIQUES ET IMPACT SUR LE PRONOSTIC

H.Messoudi : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
H.Nouira : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
S.Chtioui : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
M.Jrad : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
Gharbi Rim : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
Rebhi Abderazak : Réanimation médicale hôpital régionale kasserine.
M.Fekih Hassen : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
H.Ben Sik Ali : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
O.Jaoued : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.
S.Elatrous : Réanimation médicale Hôpital Taher Sfar Mahdia.

Introduction : Bien que les patients avec des troubles psychiatriques représentent une proportion significative de ceux admis en réanimation, il existe peu de données dans la littérature concernant ces patients.

Objectif : décrire les caractéristiques et préciser l'impact des troubles psychiatriques préexistants sur le devenir des patients admis en réanimation

Méthode : Etude rétrospective menée entre Janvier 2010 et Décembre 2020 dans un service de réanimation de 12 lits. Tous les patients admis pendant cette période ont été inclus quel que soit le motif. Le critère d'exclusion était les patients avec décision de non escalade thérapeutique. Deux groupes ont été définis : Patients avec troubles psychiatriques et patients sans troubles psychiatriques

Résultat : On a inclus 3107 patients dans cette étude. Parmi eux 126 patients avaient des troubles psychiatriques avec un âge médian de 50 ans [33-60] et un SAPSII score 28[17-41]. La pathologie psychiatrique la plus fréquente était la schizophrénie chez 39 patients (31%). Le motif d'hospitalisation le plus fréquent était l'insuffisance respiratoire aiguë sur insuffisance respiratoire chronique (18.5%) et la durée de séjour en réanimation était de 5j [3-6] En comparant les deux groupes en analyse uni-variée, les patients avec des antécédents psychiatriques étaient moins âgés (50 ans [33-60] vs 61 ans [43-73] ; $p<10^{-3}$) avec un SAPSII score médian moins élevé : 28 [17-41] vs 30 [20-44] ; $p=0.02$. Le taux de mortalité était significativement plus bas dans le groupe présentant des troubles psychiatriques : 15% vs 24.2% avec $p=0.01$. La durée de séjour en réanimation, la durée de ventilation mécanique et la survenue d'infection nosocomiale étaient similaires dans les deux groupes. Dans l'étude multi-variée, les troubles psychiatriques étaient un facteur préventif de mortalité OR=0.5 IC95% [0.31-0.9] ; $p=0.01$

Conclusion : Cette étude a montré que les troubles psychiatriques préexistants constituent un facteur préventif de mortalité

P 378 GROSSESSES EXTRA UTÉRINES ROMPUES À PROPOS DE 20 CAS ET REVUE DE LA LITTÉRATURE.

O. Ben Rejeb : Gynécologie obstétrique mohamed tlatli nabeul.

R. Letifi : Gynécologie obstétrique mohamed tlatli nabeul.

C. Mrazguia : Gynécologie obstétrique mohamed tlatli nabeul.

Introduction : La grossesse extra-utérine (GEU) constitue une cause fréquente de morbidité et parfois de mortalité chez les femmes en âge de procréation. Son étiologie n'est pas clairement précisée. Son tableau clinique est polymorphe et ses méthodes thérapeutiques très diversifiées.

Objectif : C'est dans le but d'étudier les aspects épidémiologiques cliniques et thérapeutiques que ce travail a été réalisé

Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective de 20 cas de GEU rompues colligés au service de gynéco-obstétrique durant la période allant du mois de Janvier 2021 au mois de juin 2023.

Résultat : La moyenne d'âge de nos patientes était de 35 ans, avec des extrêmes de 24 et 47 ans. La parité moyenne était de 2 avec des extrêmes de 0 et 4. Au moment de l'admission, 90 % d'entre elles présentaient un tableau clinique évocateur avec un état de choc associé à un hémopéritoine estimé en per opératoire à 800 cc en moyenne. 9 patientes ont eu une laparotomie, quatre patientes ont bénéficié d'une coelioscopie. La GEU rompue représentait la deuxième cause des laparotomies réalisées en urgence pour une indication obstétricale, après les césariennes. Quant au siège de la GEU, il était ampullaire dans 85% avec deux cas de GEU cornuale. La majorité des patientes ont eu une salpingectomie. Sur le plan du pronostic, aucun décès n'a été enregistré

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

P 379 PROFIL ÉPIDÉMIOLOGIQUE DES PATIENTS ADMIS POUR UNE AGRESSION À L'UNITÉ DE SOINS INTENSIF DES URGENCES

G. Ktari : Service des urgences et SAMU04 CHU Habib Bourguiba de Sfax.

R. Karray : Service des urgences et SAMU04 CHU Habib Bourguiba de Sfax.

N. Masmoudi : Service des urgences et SAMU04 CHU Habib Bourguiba de Sfax.

H. Affes : Service des urgences et SAMU04 CHU Habib Bourguiba de Sfax.

I. Salem : Service des urgences et SAMU04 CHU Habib Bourguiba de Sfax.

O. Chakroun : Service des urgences et SAMU04 CHU Habib Bourguiba de Sfax.

L. Kammoun : Service des urgences et SAMU04 CHU Habib Bourguiba de Sfax.

R. Nouredine : Service des urgences et SAMU04 CHU Habib Bourguiba de Sfax.

Introduction : L'agression est un problème majeur de santé avec une incidence à la hausse causant des séquelles graves non seulement somatiques mais aussi psychologiques nécessitant une prise en charge adéquate et rapide.

Objectif : Notre objectif est d'étudier le profil épidémiologique des patients admis pour agression aux urgences et leur devenir.

Méthode : Notre étude est rétrospective, descriptive incluant les victimes de violence physique volontaire, admis au service de déchoquage de CHU Habib Bourguiba de Sfax sur une période de 14 mois, allant d'octobre 2021 à Décembre 2022.

Résultat : Le nombre des patients inclus est de 39 divisé en 32 hommes et 7 femmes soit un sex-ratio H/F de 4.57. L'âge moyen était de 34.77 ± 13.7 ans. La tranche d'âge [20-29ans] était la plus concernée. Une agression physique a été confirmée dans 100% des cas, survenant suite à un conflit dans 26 situations suivis par les braquages pour 9 victimes et les violences familiales dans 4 cas.

L'arme blanche était utilisée dans 27 cas soit 69,2%, s'ensuit en 2^{ème} lieu l'objet contondant dans 4 situations soit 10,3% des cas. Une plaie a été présente chez 32 patients (soit 82,1%). Dix-neuf patients présentaient un traumatisme thoracique (soit 48,7%) et 16 patients ont subi un traumatisme abdominopelvien tandis qu'un traumatisme crânien a été présent chez 10 patients (soit 25,6%) et un traumatisme des membres a été noté chez 9 patients. La tomodensitométrie était l'examen radiologique de choix réalisée chez 35 patients à l'admission. La durée moyenne d'hospitalisation était de 4,2 jours avec une médiane de 2 jours. Vingt patients étaient mis sortants après amélioration. Cependant 6 patients ont été transférés au service de chirurgie générale dont 2 patients ont été opérés en urgence, 4 patients étaient pris en charge au service de chirurgie cardio vasculaire et thoracique dont 2 patients ont bénéficié

de la mise d'un drain thoracique, 3 patients étaient transférés au service de neurochirurgie dont un seul a été opéré et 3 patients étaient pris en charge au service de réanimation médicale. On a noté un taux de mortalité de 7,7%.

Conclusion : Une prévention de l'agression s'impose devant l'augmentation de sa fréquence ce qui nécessite des interventions multidisciplinaires en agissant sur les différents facteurs impliqués.

P 380 INTERÊT DE L'OXYGENOTHERAPIE HYPERBARE DANS L'OPTIMISATION DE LA PRISE DE GREFFE CUTANEE POST BRULURE

H.Chaabouni : Service de réanimation des brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés.

B.Gasri : Service de réanimation des brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés.

S.Zarouk : Service de réanimation des brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés.

I.Klai : Service de réanimation des brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés.

I.Jami : Service de réanimation des brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés.

M.Cherif : Service de réanimation des brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés.

H.Fredj : Service de réanimation des brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés.

L.Debbiche : Service de réanimation des brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés.

A.Mokline : Service de réanimation des brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés.

AA.Messadi : Service de réanimation des brûlés centre de traumatologie et des grands brûlés.

Introduction : L'oxygénothérapie hyperbare (OHB) est une thérapeutique innovante dans l'optimisation de la cicatrisation des brûlures et des plaies. Nous rapportons l'apport de cette thérapeutique dans la prise de greffe cutanée post brûlure.

Cas clinique : Cas clinique 1 : Patient âgé de 39 ans, sans antécédents, victime d'une brûlure thermique admis à H14 post brûlure (PB), surface cutanée brûlée (SCB) estimée à 7% intéressant la cuisse et le périnée de 2^{ème} degré profond, suite à une intoxication CO. Il a bénéficié des soins locaux : changement de pansement 1 jour/2, d'une excision hydro-chirurgicale par versajet à J11 PB et une greffe cutanée à J38 PB avec un complément de 10 séances d'OHB à J2 post greffe, à raison de 3 séances par semaine.

L'évolution était favorable : prise de la greffe à 90% au niveau de la face interne de la cuisse droite et persistance d'un liseré au niveau du pli sous scrotal droit non encore cicatrisé (figure 1). Cas clinique 2 : Patiente âgée de 69 ans, aux antécédents d'hypertension artérielle et fibrillation auriculaire, victime d'une intoxication au CO avec brûlure thermique suite à un contact prolongé avec brasero, admise à J3 PB, SCB estimée à 17% intéressant le périnée et la face interne des 2 cuisses de 2^{ème} degré profond. Elle a bénéficié d'un changement de pansement 1 jour/2, une excision mécanique avec une colostomie de décharge préventive à J45 PB. Elle a eu 3 séances d'OHB pré greffe après détersion. Une greffe cutanée a été faite à J49 PB, avec 5 séances d'OHB à partir de J1 post greffe, sur 2 semaines avec une bonne prise à 80% (figure 2).

Conclusion : Nos résultats confortent le bien-fondé de l'apport de l'OHB technique novatrice dans la cicatrisation des brûlures.



Figure 1 : Evolution des brûlures avant et après OHB



Figure 2 : Evolution des brûlures avant et après OHB

P 381 INGESTION DE CORPS ETRANGERS MULTIPLES: DEFIS DE PRISE EN CHARGE

A. Smiri : Urgences-réanimation habib thameur.
Y. Garbaa : Urgences-réanimation habib thameur.
I. Sedghiani : Urgences-réanimation habib thameur.
H. Touj : Urgences-réanimation habib thameur.
M.M. Ben Ouhiba : Urgences-réanimation habib thameur.
A Kharroubi : Urgences-réanimation habib thameur.
Borsali- Falfoul : Urgences-réanimation habib thameur.

Introduction : L'ingestion de corps étrangers est un événement relativement fréquent, en particulier chez les enfants, mais peut aussi survenir chez des adultes atteints de psychose. Nous rapportons le cas d'ingestion de corps étrangers multiples avec détresse respiratoire.

Cas clinique : Il s'agissait d'une patiente de 38 ans schizophrène, qui a consulté aux urgences pour une dyspnée haute. A l'examen initial : stridor, polypnée à 32 cpm, SpO₂=92 % à l'air ambiant, emphysème sous cutané du visage, du cou et du thorax rapidement extensif et agitation. L'abdomen était sensible dans sa globalité. La patiente a été mise sous fort débit d'oxygène avec évacuation de l'emphysème sous cutané à l'aiguille. Le scanner a montré un emphysème sous cutané massif au niveau de la face et du cou, un pneumo médiastin de grande abondance, un hémomédiastin, une masse de densité tissulaire, un agglomérat de corps étrangers linéaires de densité métallique en intra gastrique et un autre corps étranger ayant la forme d'un couteau avec un trajet trans duodénal, intra et trans hépatique causant un hématome sous capsulaire de foie, et un pneumopéritoine. L'état respiratoire s'est détérioré indiquant l'intubation en urgence. Une endoscopie rigide a permis d'extraire une cuillère en bois. La laparotomie exploratrice a permis d'extraire de multiples clous métalliques et un couteau de 76 mm.

Conclusion : Les corps étrangers des voies aériennes peuvent être responsables de complications redoutables. L'endoscopie reste la technique de référence pour libérer les voies aériennes.

P 382 PLACENTA ACCRETA : ÉPIDÉMIOLOGIE, DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE. A PROPOS DE 5 CAS.

Ben Rejeb : Gynécologie obstétrique mohamed tlatli nabeul.
R.Letifi : Gynécologie obstétrique mohamed tlatli nabeul.
C.Mrazguia : Gynécologie obstétrique mohamed tlatli nabeul.

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

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

Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective à propos de 5 cas de placenta accréta colligés dans le service de gynécologie obstétrique menée sur une période de 2 ans, allant de janvier 2020 à décembre 2022.

Résultat : L'âge moyen de nos patientes était de 32ans. La parité moyenne était de 4. Les principaux facteurs de risque retrouvés étaient utérus cicatriciel dans 4 cas, placenta prævia dans 5 cas dont 3 placentas recouvrant, l'antécédent de curetage utérin était retrouvé dans 1 cas. L'âge moyen de découverte a été de 29 SA. Le motif d'hospitalisation a été représenté par des métrorragies dans 3 cas, le diagnostic a été suspecté à l'échographie. Pour 2 patientes la découverte a été fortuite lors d'un examen échographique de routine. Les signes échographiques les plus retrouvés étaient la présence de lacunes au niveau du placenta (3cas), la disparition du liseré entre myomètre et placenta (2 cas). L'IRM n'a pu être réalisée que chez 2 cas, elle était en faveur du diagnostic. Le mode d'accouchement le plus fréquent était la césarienne 100% des cas. L'acte chirurgical a consisté à une hystérectomie totale dans 4 cas (80%) associée ou non à une ligature des artères hypogastriques (2 cas.) Le traitement conservateur a été adopté pour une patiente avec succès. Toutes nos patientes ont été transfusées. Le pronostic a été bon.

Conclusion : Le placenta accréta est une pathologie rare et grave. Les antécédents de césarienne avec l'existence de placenta prævia définissent une population à haut risque pour laquelle un dépistage devrait être systématique.

L'échographie est un examen utile pour le diagnostic des placentas accrétas. Les prises en charge radicales gardent leurs indications, mais une attitude conservatrice décidée au cas par cas peut permettre de préserver la fertilité.

P 383 PLASMA FRAIS CONGELÉ : UNE TECHNIQUE INNOVANTE DANS LA CICATRISATION DES PLAIES : A PROPOS DE 3 CAS

I.Jami : Réanimation des brûlés CTGB.

A.Ben Hammed : Réanimation des brûlés CTGB.

S.Zarrouk : Réanimation des brûlés CTGB.

B.Gasri : Réanimation des brûlés CTGB.

H.Fredj : Réanimation des brûlés CTGB.

L.Debbiche : Réanimation des brûlés CTGB.

H.Chaabouni : Réanimation des brûlés CTGB.

A.Mokline : Réanimation des brûlés CTGB.

AA.Messadi : Réanimation des brûlés CTGB.

Introduction : La cicatrisation des plaies secondaires aux brûlures et aux pieds diabétiques représente un défi pour le clinicien. Les moyens thérapeutiques sont en perpétuelle actualisation. Le plasma frais congelé (PFC) représente une alternative novatrice en matière de cicatrisation.

Cas clinique : Cas clinique1 : Patiente âgée de 82 ans, diabétique depuis 20 ans, au stade de complications dégénératives, ayant présenté une ischémie subaiguë du membre inférieur droit avec un geste de revascularisation réussi. A J30, elle a présenté un phlegmon du pied. Elle a nécessité plusieurs temps d'excision chirurgicale associée à des séances d'oxygénothérapie hyperbare et 14 changements de pansement au PFC avec bourgeonnement de la lésion suivi d'une greffe cutanée (figure 1). Cas clinique 2 : Enfant âgée de 7 ans, sans antécédents, victime de brûlures thermiques suite à un accident domestique, surface cutanée brûlée à 18%. Elle a bénéficié de 16 changements de pansement au PFC sous anesthésie générale, avec une évolution favorable vers la greffe cutanée (figure 2). Cas clinique 3 : Patiente âgée de 24 ans, sans antécédents, victime de brûlures thermique avec une surface cutanée brûlée à 28% (tronc antérieur, face, cou, 2 membres supérieurs). Elle a bénéficié de 8 séances de PFC. Devant l'évolution favorable des lésions, elle a été greffée à J20, suivi de 5 changements de pansements au PFC, mais l'issue était médiocre avec une lyse partielle de la greffe.

Conclusion : Les résultats préliminaires montrent l'effet bénéfique du PFC dans la cicatrisation des plaies. Cependant, une étude à plus large échelle serait nécessaire pour conforter nos résultats.



Figure 1 : Evolution de l'état local
(a) Avant Plasma frais congelé (b) Après 14 pansements au Plasma frais congelé (c) Après greffe



Figure 2 : Evolution de la cicatrization
(a) Avant Plasma frais congelé (b) Après 16 pansements au Plasma frais congelé (c) Après greffe

P 384 UN CAS RARE D'EMBOLE DE CHOLESTÉROL POST TRAUMATIQUE

S.Kharat : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
R.Boubtane : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
N.Baccouche : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
I.Ali : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
S.Jerbi : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
K.Chtara : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
M.Bahloul : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
H.Chelly : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
C.Ben Hamida : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.
M.Bouaziz : Réanimation polyvalente de sfax CHU Habib Bourguiba Sfax.

Introduction : L'embolie de de cholestérol (CCE) est une maladie multiviscérale souvent sous-diagnostiquée qui peut survenir spontanément ou accompagner diverse procédures endovasculaires. Cela se produit lorsque la plaque artérioscléreuse se rompt et libère des cristaux de cholestérol dans la circulation sanguine. Cette entité est peu rapportée dans la littérature. Nous rapportons un rare cas d'éventuel CCE post-traumatique.

Cas clinique : Il s'agit d'un homme de 68 ans aux antécédents d'hypertension, de dyslipidémie et de tabagisme, hospitalisé dans l'unité de soin intensif pour polytraumatisme suite à un accident de la voie publique violent. Il n'avait jamais subi d'intervention endovasculaire. A l'examen, il était conscient et stable sur le plan hémodynamiques et respiratoires. Le patient ne présentait ni coloration bleuâtre des orteils ni le livedo réticulaire. Le body scanner réalisée à l'admission a montré de multiples fractures. Par ailleurs, le scanner thoracique a révélé une plaque calcique athéromateuse instable de l'isthme aortique mesurant 7 mm d'épaisseur maximale et s'étendant sur 18 mm de contours irréguliers (Fig. 1A). Le scanner abdominal a montré un défaut endoluminal étendu de 14 mm au niveau de l'émergence du tronc coeliaque (Fig. 1B), des foyers d'infarctus splénique hyperaigu (Fig. 1C) et une plaque sub-occlusive instable de l'aorte abdominale en amont de sa bifurcation s'étendant sur 19 mm et 8 mm d'épaisseur (Fig. 1D). Le scanner a éliminé la présence d'une dissection de l'artère splénique ou d'une rupture de la rate. Les résultats biologiques ont montré un taux élevé de triglycérides (4,59 mmol/L), de cholestérol HDL à 1,13 mmol/L et de cholestérol LDL à 1,78. mmol/L, une fonction rénale normale (urée : 6 mmol/L ; créatinine : 90 mol/L) et un complément sérique normal. La biologie a également montré une hyperleucocytose (17 800/L) et un taux élevé de CRP (124 mg/L), mais n'a pas montré d'éosinophilie. Le diagnostic de CCE avec infarctus de la rate a été évoqué et le patient a été mis sous traitement par statine et le traitement anticoagulant préventif a été arrêté avec une bonne évolution.

Conclusion : De cette observation, nous présentons un cas de CCE post-traumatique affectant la rate. Ainsi nous avons montré que la CCE pourrait également constituer une complication potentielle chez les patients polytraumatisés, en particulier chez les patients souffrant d'athérosclérose sévère. Ceci représente la principale importance du cas actuel puisque la plupart des cas signalés étaient généralement précédés d'interventions invasives.

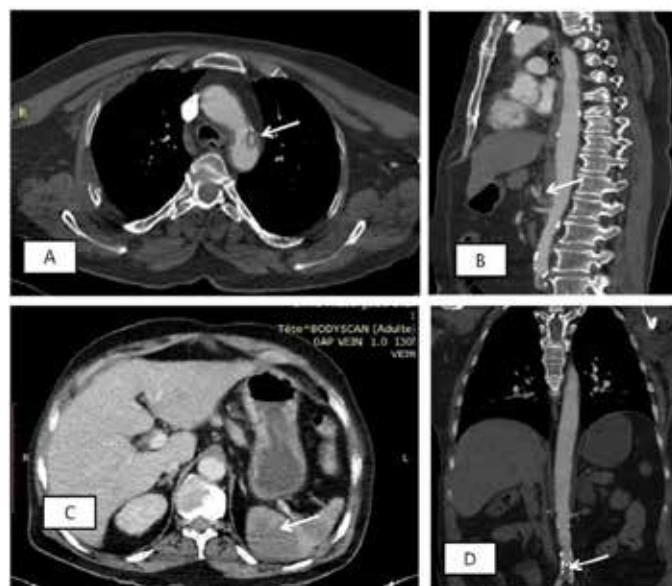


Figure 1: Les images que montre le body scanner à l'admission

P 385 PREVALENCE OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDERS AFTER ICU DISCHARGE AMONG COVID19 PATIENTS : A TUNISIAN PROSPECTIVE STUDY

H.Sfar : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
S. Ben Mansour : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
D. Ben Braiek : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
H. Zorgati : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
Y. Ben Ali : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
S. Bel Haj Youssef : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
I. Belhouichet : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
A.Kacem : Pulmonology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
R. Ben Jazia : Pulmonology Department Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
J.Ayachi : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

Introduction : Post-traumatic stress disorder (PTSD) is a severe mental disorder that occur after a life-threatening traumatic event.

Coronavirus disease 19 (COVID-19) hospitalization, especially in Intensive Care Unit (ICU), is a potentially traumatic experience.

Objectif : The aim of this study was to assess the prevalence and risk factors of PTSD at 6-month follow-up in patients hospitalized for COVID-19 Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS).

Méthode : A single-center observational study conducted from May 2021 to September 2021 in a medical ICU at a university hospital. COVID-19 ICU survivors were invited to fulfill a survey evaluating the psychological impact of COVID19 using the PTSD Symptom Scale – Interview Version for DSM-5(PSSI-5)six months after ICU discharge. Univariate and logistic regression analyses were used to identify variables independently associated with PTSD.

Résultat : From 106 ICU patients admitted for COVID-19 ARDS, 70 (66%) patients were discharged alive, among them only 48(68.6%) patients fulfilled the survey. Mean age was 48.2 ± 11.38 years with male predominance 28(58.3%). Diabetes 8(16.7%), arterial hypertension 6(12.5%) were the most common comorbidities. Mean Body Mass Index (BMI) was 28.5 ± 3.65 kg/m². Median SAPS II score and length of stay were: 22.5[13-24] and 8[6-12] days. Thirty-six (75%) were witness of death. Twenty-five (52.1%) discharged under home oxygen therapy. Twenty-six (54,2%) were diagnosed with post-traumatic stress disorders. The PTSD symptom severity score showed that most patients had mild stress, 23(47%) or mean stress, 23(47%). Only 2 (4.2%) patients had very severe stress.

On multivariate analysis, independent predictive factors of PTSD were: BMI(OR, 0.76; 95% CI, [0.62-0.95]; $p=0.014$), comorbidities (OR, 4.83; 95% CI, [1.22-19.03]).

Conclusion : Clinicians should consider screening for PTSD at follow-up assessments in patients after ICU discharge. This study showed that most of patients with PTSD had mild to mean stress. Low Body Mass Index and comorbidities are independent risk factors of PTSD.

P 386 NALOXONE INFUSION FOR THE RELIEF OF CHOLESTATIC PRURITUS: PRESENTATION OF A CLINICAL CASE

K. BOUGUERRA : Anesthésie réanimation CHU Annaba.
M. DJEBIEN : Anesthésie réanimation CHU Annaba.

Introduction : Pruritus is a disabling, irritating sensation common to patients with variable skin and systemic disorders [1]. We describe the case of a young patient with disabling cholestatic pruritus, relieved by infusion of naloxone.

Cas clinique : A 34-year-old patient presents with sclerosing cholangitis symptoms that appeared 15 days after neurosurgery for atypical Grade II meningioma; requiring additional radiotherapy which was not done before the onset of cholestasis. initially attached to the phenobarbital prescribed postoperatively but it continued to progress relentlessly. MRI has objective Cholangitis, no inflammatory syndrome, normal Gamma globulins, negative hepatic autoimmune balance sheet. liver biopsy puncture : cholestasis without signs of inflammation, without granulomas. the pruritus is resistant to cholestyramine, ursolvan (at 25 mg/kg/d), and antihistamines. the patient presents with intense pruritus, with repercussions on her quality of life. In the intensive care unit, she received a Naloxone infusion.

Favorable evolution of the symptomatology and relief of the patient from the first hour of infusion without side effects during 48 hours spent in intensive care.

Conclusion : A stepwise therapeutic approach is recommended for the management of cholestatic itch. The hypothesis that increased central opioidergic tone contributes to the pruritus of cholestasis justifies the treatment of this form of pruritus with opioid antagonists.

P 387 INTOXICATION GRAVE AUX INHIBITEURS CALCIQUES : A PROPOS UN CAS

O. Ben Rejeb : Gynécologie obstétrique farhat hached sousse.

R. Letifi : Gynécologie obstétrique farhat hached sousse.

Introduction : Les inhibiteurs calciques sont des médicaments très largement prescrits en milieu obstétricale. Pris à doses toxiques, ils exposent à des complications cardiovasculaires redoutables responsables d'une mortalité élevée, pouvant dépasser 20 % dans les formes les plus graves.

Cas clinique : 26 ans, sans antécédents pathologique notable, G1P0 enceinte à 28 semaines d'aménorrhée, consulte les urgences obstétricale pour malaise et trouble de la conscience après ingestion de 20cp de nicardipine (Loxen LP50) dans le but d'autolyse. A l'arriver elle avait des troubles de conscience, une pression artérielle (PA) à 60/30 mmHg, sans signes d'insuffisance cardiaque avec une bradycardie à 58bpm. Elle a été transférée immédiatement en milieu de réanimation, mise sous NAD 20mg/h avec remplissage vasculaire et glucagon (bolus de 5mg IV toute le 5min puis perfusion en continue).L'évolution était favorable pour la patiente avec diminution des doses de NAD de moitié au bout de 12 heures et le sevrage définitif au bout de 42h. Pour le fœtus, une échographie obstétricale faite a montrer une grossesse évolutive, conforme au terme.

Conclusion : La nicardipine est un inhibiteurs calciques utilisés, hors AMM, dans la tocolyse, en raison de leur effets myorelaxant sur l'utérus à terme. Cependant Il est important de sensibiliser les femmes lors de sa prescription sur sa gravité en cas de surdosage.

P 388 ETUDE DESCRIPTIVE DE LA POPULATION GÉRIATRIQUE ADMISE AUX SERVICES DES URGENCES

Drira hanen : Service des urgences et SAMU04 hopital Habib Borguiba Sfax.

Karray Rim : Service des urgences et SAMU04 hopital Habib Borguiba Sfax.

Kessentini Hana : Service des urgences et SAMU04 hopital Habib Borguiba Sfax.

Lazzez fatma : Service des urgences et SAMU04 hopital Habib Borguiba Sfax.

Affes houssem : Service des urgences et SAMU04 hopital Habib Borguiba Sfax.

Chakroun olfa : Service des urgences et SAMU04 hopital Habib Borguiba Sfax.

Kamoun leila : Service des urgences et SAMU04 hopital Habib Borguiba Sfax.

Chaari adel : Service des urgences et SAMU04 hopital Habib Borguiba Sfax.

Rekik Noureddine : Service des urgences et SAMU04 hopital Habib Borguiba Sfax.

Introduction : Les personnes âgées ont souvent recours aux urgences des hôpitaux pour divers troubles de santé nécessitant une intervention spécifique. En 2016, une hospitalisation sur cinq était dédiée aux personnes âgées de 75 ans et plus, d'après l'Observatoire Cap Retraite 2017

Objectif : L'objectif de notre travail, et d'étudier les motifs d'hospitalisation des sujets âgés en période estivale

Méthode : il s'agit d'une étude prospective, observationnelle, monocentrique portant sur les patients âgés (défini selon l'OMS par une âge >65 ans) admis aux unités de soins intensives des urgences pendant le mois de juillet 2023.

Résultat : Le nombre total d'hospitalisation est de 360 dont 35% sont des sujets âgés. Nous avons inclus 75 patients, avec des extrêmes allant de 65 à 96 ans avec sexe ratio à 1. Vingt patients sont autonomes alors que vingt-quatre sont grabataires. L'HTA (57,3), le diabète (42,7%), les troubles de rythme (18,7%) et les coronaropathies (13,3%) sont les principaux antécédents retrouvés. 14,7% sont des BPCO et 9,3% IC. 12% des patient ont un avc dans leurs antécédents et 6.7% ont un terrain de néoplasie. L'Altération de l'état de conscience dans un contexte fébrile est le motif le plus fréquent avec pourcentage de 28%. 14,7 % des patients ont présenté une dyspnée et 13,3% une AEC. Seize patients (n=21.3%) ont présenté un état de choc à l'admission. Pour la prise en charge, 53.3% ont nécessité le remplissage vasculaire par le SSI. 21 patients ont nécessité le recours à la ventilation invasive et non invasive. 54,7% ont recours à l'antibiothérapie dont 33,3% à visé pulmonaire et 10,7% à visé urinaire. Six patient ont recours à l'hémodialyse, la cause la plus fréquente hyperkaliémie menaçante avec un pourcentage de 4%. 5.3% ont recours à la chirurgie.

Quinze patient ont décédé(n=20%) alors que 37.3% ont été transféré vers un autre service dont 10.7% au service de réanimation.

Conclusion : le nombre de sujets âgés qui consultent pour des problèmes médicaux complexes associés à des difficultés psycho- sociales est en augmentation La prise en charge des patients âgés doit comprendre une approche pluridimensionnelle pour laquelle les urgences sont mal adaptés

P 389 ACQUISITION OF SHARED LEADERSHIP SKILLS IN EMERGENCY SITUATIONS: CONTRIBUTION OF SIMULATION TRAINING

S.Keskes : Service des urgences-Smur de ben Arous Hopital régional de ben Arous.
K.Amdouni : Service des urgences-Smur de ben Arous Hopital régional de ben Arous.
R.Fadhel : Service des urgences-Smur de ben Arous Hopital régional de ben Arous.
F.Chabaane : Service des urgences-Smur de ben Arous Hopital régional de ben Arous.
N.Hafsi : Service des urgences-Smur de ben Arous Hopital régional de ben Arous.
R.Dhokar : Service des urgences-Smur de ben Arous Hopital régional de ben Arous.
S.Souissi : Service des urgences-Smur de ben Arous Hopital régional de ben Arous.
I.Chermiti : Service des urgences-Smur de ben Arous Hopital régional de ben Arous.

Introduction : Cardiac arrest (CA) is a common critical situation in emergency departments (ED) that requires teamwork and non- technical skills (NTS) in addition to technical skills. Few studies have addressed the topic of shared leadership between nurses and emergency physicians. Traditional teaching does not enable the acquisition of shared leadership skills in critical situations, hence the interest in simulation.

Objectif : The objective of our study was to examine the contribution of simulation to the acquisition of shared leadership skills between nurses and emergency physicians in the management of CA in ED.

Méthode : We conducted a prospective evaluative study. We included emergency physicians with more than three years of experience and nurses with five or more years of experience working in ED. The study consisted of a pre-test to assess theoretical knowledge of cardiopulmonary resuscitation and the NTS required in crisis management, followed by theoretical training, two simulation sessions, and a post-test. Evaluation of theoretical knowledge (post-test versus pre-test) was performed, and NTS assessment was evaluated by an observer using the modified Trauma Non-Technical Skills (T-NOTECHS) score at T0 (first scenario) and T1 (second scenario).

Résultat : Twelve participants were included, including six nurses and six physicians. Regarding the theoretical training, a significant increase from pre-test scores to post-test scores was observed for all participants : from 8.83 ± 2.41 to 11.95 ± 2.25 ($p < 0.001$). In terms of simulation training, a significant increase in the modified T-NOTECHS score was observed : from 11.25 ± 2.89 to 21.17 ± 2.62 ($p < 0.001$). This improvement was observed for all score items: leadership (from 1.92 ± 0.99 to 4.17 ± 1.03 ; $p < 0.001$), crisis resources management (from 1.50 ± 0.90 to 3.67 ± 0.98 ; $p < 0.001$), communication (from 1.17 ± 0.38 to 2.25 ± 0.45 ; $p < 0.001$), adherence to advanced life support algorithm (from 1.67 ± 1.30 to 3.17 ± 0.90 ; $p < 0.001$) and coping with stress (from 3.17 ± 1.03 to 4.83 ± 0.57 ; $p < 0.001$).

Conclusion : Our study confirmed the educational benefit of simulation training in the acquisition of NTS for nurses and physicians in the management of CA.

P 390 BEVACIZUMAB AND DIGITAL ISCHEMIA: AN UNUSUAL CASE PRESENTATION

Sonia BEN ALI : A/R HMPIT.
Sana BOUGHARIOU : A/R HMPIT.
Aicha REBAI : A/R HMPIT.
Khadija BAHRINI : A/R HMPIT.
Walid SAMOUD : A/R HMPIT.
Hela GHEDIRA : Service d'hématologie clinique HMPIT.
Mohamed ZAKRAOUI : A/R HMPIT.
Walid SELLAMI : A/R HMPIT.
Chiheb ROMDHANI : A/R HMPIT.
Hedi GHARSALLAH : A/R HMPIT.
Iheb LABBENE : A/R HMPIT.
Mustapha FERJANI : A/R HMPIT.

Introduction : Cold agglutinin-mediated autoimmune hemolytic anemia(CAS) involves autoantibodies that agglutinate red blood cells at low temperatures. It can be primary or secondary to infections, autoimmune disorders, or cancers. Here, we present a case of CAS triggered by CMV reactivation due to immunosuppression.

Cas clinique : We present the case of a 27-year-old female with a history of sarcoidosis, managed with daily corticosteroids (15mg) since 2015. In 2023, she initially sought medical attention for flu-like symptoms and was prescribed clarithromycin and Actifed.

However, her condition deteriorated, accompanied by fever, chills, and severe anemia (Hemoglobin 6g/dL). A subsequent blood transfusion at a private facility triggered immediate hemolysis. Upon transfer to the hematology ward, extensive laboratory abnormalities surfaced, including liver cytolysis 25 times the normal range, lactic acidosis, coagulation anomalies, thrombocytopenia, elevated lactate dehydrogenase, a precipitous drop in haptoglobin and a Hemoglobin level of 2.7g/dL. These findings, coupled with hemodynamic instability, prompted her transfer to our Department of Anesthesiology and Intensive Care for stabilization. Further investigations revealed a positive irregular antibody screening, attributed to cold agglutinins, with an optimal agglutination temperature of 37°C. Exhaustive testing for infectious aetiologies including particularly Mycoplasma Pneumonia, Epstein-Barr virus, and cytomegalovirus (CMV), confirmed CMV reactivation with a viral load of 1305 copies/mL, leading to the initiation of Foscarnet therapy. Treatment encompassed addressing anemia with calcium folinate, erythropoietin, and carefully warmed transfusions. Immunoglobulin therapy was also initiated, continuing for five consecutive months. Importantly, all intravenous products were adjusted to match her body temperature and prevent further hemolysis. During her hospitalization, the initial diagnosis of sarcoidosis was ruled out, leading to the discontinuation of corticosteroid treatment. The patient exhibited a positive response to the treatment regimen and displayed signs of improvement. Consequently, she was re-transferred to the hematology ward for ongoing care and monitoring.

Conclusion : CAS's clinical presentation varies, from asymptomatic to life-threatening intra-vascular hemolysis posing diagnostic challenges. Its thermal amplitude activity is key to pathogenicity. CAS can stem from underlying conditions, requiring thorough evaluation for precise etiologic treatment.

P 391 MALADIE CŒLIAQUE ASSOCIÉE À LA MYOCARDITE AUTO-IMMUNE : QUELLE COEXISTENCE?

Maroua jemii : Réanimation médicale CHU la Rabta.

Eya Seghir : Réanimation médicale CHU la Rabta.

Noussayr Azouz : Réanimation médicale CHU la Rabta.

Amal kotti : Réanimation médicale CHU la Rabta.

Asma Mehdi : Réanimation médicale CHU la Rabta.

Lynda Messaoud : Réanimation médicale CHU la Rabta.

Yosr Touil : Réanimation la Rabta CHU la Rabta.

Ahlem Trifi : Réanimation médicale CHU la Rabta.

Sami Abdellatif : Réanimation médicale CHU la Rabta.

Introduction : La maladie cœliaque est une entéropathie chronique, inflammatoire auto-immune provoquée par un antigène alimentaire : la gliadine. Des complications aussi bien locales que systémiques peuvent survenir, parmi elles, figurent les affections cardiovasculaires les plus connues comme les coronaropathies et les thromboses veineuses. La myocardite, reste par ailleurs rarement rapportés au cours de la MC.

Cas clinique : Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 34 ans, suivi pour maladie cœliaque diagnostiquée il y a 4 mois. Le diagnostic a été retenu sur une atrophie villositaire totale de la muqueuse duodénale avec hyperlymphocytose à la biopsie gastroduodénale. Au bilan immunologique : anti-trasnglutaminases négatifs et anti-endomysium négatifs. Aux ATCDs : une thrombose veineuse profonde de la veine fémorale gauche, sous anticoagulation curative. Le patient a été transféré à notre service pour prise en charge d'un état de choc septique compliquant une bactériémie à Staphylocoque Aureus sensible à la Mécilline, d'origine vasculaire le plus probablement (la TVP). L'examen à l'admission montre un patient conscient, cachectique, dénutri, BMI à 15,5 kg/m², signes de DHEC, la PA=110/50 mmHg sous 3mg/h de noradrénaline, pas de signes périphériques de choc, les mollets étaient souples, il était polypnéique et sature à SpO₂=99% sous 2L/min d'O₂. La biologie montre une pancytopenie : Hb=7.2 g/dL, une thrombopénie à 35000 e/mm³, des globules blancs à 3360 e/mm³, une hypomagnésémie, une hypophosphatémie, une hypocholestérolémie, et la fonction rénale était normale. L'ionogramme a montré une hyponatrémie et une hypochlorémie, une kaliémie normale L, une CRP élevée à 100 mg/L et des troponines positives à 1586 ng/L contrôlées à 1620 ng/L. A l'ECG : tachycardie sinusale. Devant le doute sur une endocardite, une échographie transthoracique associée à une échographie transoesophagienne ont montré : Dysfonction VG, FEVG à 35-40%, hypokinésie diffuse, VG non dilaté, pas d'arguments en faveur d'une endocardite avec un aspect évoquant une myocardite.

L'IRM cardiaque a montré un aspect d'une myocardite aigue diffuse dans sa forme oedémateuse selon les critères de Lake Louise 2018, la fonction systolique du VG était modérément altérée avec FEVG=47%. L'interrogatoire n'a pas montré la notion de syndrome grippal, les sérologies virales HSV, VZV et EBV ont montré un statut immunisé et pas de réactivation actuelle. Les sérologies VHB et VHC étaient négatives et la PCR COVID-19 était négative. Au bilan immunologique : les anti-trasnglutaminases sont devenues positives. L'évolution était par la suite favorable avec sevrage des catécholamines et baisse du syndrome inflammatoire biologique.

Conclusion : Un processus auto immunitaire commun contre les antigènes myocardiques et ceux de l'intestin grêle dans les myocardites reste rare et peu documenté. Ceci devrait nous faire penser à rechercher, les anticorps anti-transglutaminase tissulaires et anti- endomysium devant des myocardites auto-immunes.

P 392 EVALUATION OF THE EMOTIONAL LOAD DURING CRITICAL CARE SIMULATION SESSIONS

Amira Jamoussi : Réanimation Médicale Abderrahmen Mami.
Nacef Ben Mrad : Réanimation Médicale Abderrahmen Mami.
Emna Rachdi : Réanimation Médicale Abderrahmen Mami.
Fatma Jarraya : Réanimation Médicale Abderrahmen Mami.
Samia Ayed : Réanimation Médicale Abderrahmen Mami.
Jalila Ben Khelil : Réanimation Ariana.

Introduction : In intensive care medicine, simulation sessions are complicated and can increase the cognitive load. Learners' emotions during simulation sessions determine the extrinsic component of this cognitive load and can affect, positively or negatively, the learning process.

Objectif : We aimed to measure the emotional load before and after simulation sessions in intensive medicine.

Méthode : Prospective, descriptive, cross-sectional study from 24 to 29 February 2020, including DCEM3 students during the intensive care training. Emotional load was assessed using haemodynamic parameters (blood pressure and pulse) and a validated self-assessment questionnaire before and after the session. Cognitive load was measured at the end of the session.

Résultat : During the study period, we included 38 DCEM3 students aged between 23 and 25 years. Haemodynamic assessment at the start of the session revealed tachycardia (n=25, 66%) and/or hypertension (n=9, 24%). The first 3 emotion items dealing with anxiety (Tense/Calm, Nervous/Relaxed and Stressed/Serene) were negative before the session. There was no significant difference in the emotional load before and after the session. Adrenergic response (pulse and systolic and diastolic blood pressure) fell significantly at the end of the session (p<10⁻³). Cognitive load was considered high by all participants, with an average of 6.83±1.38 at the end of the session.

Conclusion : During a simulation session in intensive care medicine, the emotional load is marked by high anxiety and is accompanied by a significant adrenergic response. Cognitive load was high.

P 393 UNE TAMPONNAGE CARDIAQUE RÉVÉLANT UNE MÉTASTASE RÉNALE: SITE INHABITUEL. À PROPOS D'UN CAS

GNENA Hedia : Service des urgences clinique le Bardo.

Introduction : Certaines tumeurs peuvent envahir tous les organes sans exception. Mais la localisation cardiaque reste anecdotique et fait le sujet de quelques publications dans la littérature

Cas clinique : Il s'agit d'un patient âgé de 51 ans aux antécédents de néphrectomie gauche il y a quelques mois en lybie pour un kyste renal selon ses dires. Quelques mois après le patient aurait fait une tamponnade cardiaque nécessitant un drainage avec une echo cardiaque normale post drainage selon le compte rendu. Il nous a été adressé pour exploration étiologique de l'épanchement cardiaque. Initialement le patient était eupneïque, pas de douleurs thoraciques, ECG normal, le patient présentait un psoitis gauche avec une boiterie d'esquive à la marche. A la biologie il avait une note d'insuffisance rénale d'allure fonctionnelle, SIB avec enquête infectieuse négative. Devant le contexte, une echo cœur a été faite montrant deux formations indépendantes, plutôt tissulaires, la première sessile sur la face latérale de l'Oreillette Droite de 41x26mm, la deuxième apicale au fond du ventricule droit de 50x29mm. un myxome intra cardiaque a été suspecté. Mais devant la notion de néphrectomie, la tamponnade cardiaque une origine néoplasique a été suspectée. D'où une TDM corps entier a été performée montrant Masses tissulaires rétro-péritonéales au niveau de la loge de néphrectomie et du psoas gauche évoquant une récurrence, masses tissulaires du ventricule et de l'oreille du cœur droit avec épanchement péri cardiaque de faible abondance et prise de contraste irrégulière de ses feuillettes, d'allure secondaire, épanchement pleural bilatéral de moyenne abondance, nodule pulmonaire postéro-basal droit d'allure secondaire. une biopsie de la loge de néphrectomie vient confirmer l'envahissement rétro-péritonéal par un carcinome peu différencié d'origine rénale. L'IRM cardiaque a confirmé l'origine métastatique des masses intra cardiaques

Conclusion : Généralement les métastases sont découvertes plusieurs années après la tumeur rénale. La voie hématogène de dissémination explique la possibilité d'atteinte de tout autre organe entre autre le cœur dont les manifestations et la rareté peuvent égarer le diagnostic.

P 394 LES ASPECTS CLINIQUES ET ÉVOLUTIFS DU TRAUMATISME THORACIQUE EN RÉANIMATION

Ines Sdiri : Service de réanimation médicale CHU Hbib Bourghuiba.

Kamilia Chtara : Réanimation médicale Habib Bourguiba.

Ilef ALILA : Réanimation médicale Habib Bourguiba.

Sabrina Bradai : Réanimation médicale Habib Bourguiba.

Mabrouk Bahloul : Réanimation médicale Habib Bourguiba.

Hedi Chelly : Réanimation médicale Habib Bourguiba.

Chokri Ben Hamida : Réanimation médicale Habib Bourguiba.

Mounir bouaziz : Réanimation médicale Habib Bourguiba.

Introduction : Le Traumatisme thoracique (TT) qu'il soit isolé ou s'intégrant dans le contexte de polytraumatisme nécessite le plus souvent une prise en charge en unité de soins intensifs. Il peut être grave d'emblée comme il peut se compliquer après un intervalle libre de défaillance respiratoire et/ou hémodynamiques vu le caractère dynamique et évolutif des lésions thoraciques

Objectif : Etudier les aspects cliniques, paracliniques et évolutifs du traumatisme thoracique en milieu de réanimation

Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive sur 4 ans en incluant tous les patients admis en réanimation médicale pour prise en charge d'un traumatisme thoracique isolé ou faisant partie d'un polytraumatisme. Ont été exclu les patients ayant un traumatisme crânien et ceux qui ont été pris en charge en réanimation après 72 heures. Les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, paracliniques et évolutives ont été recueillies.

Résultat : Durant cette période 1658 polytraumatisés ont été admis. Cent et un patients ont été inclus (6%). L'âge moyen a été de $35,3 \pm 20$ ans avec un sex-ratio de 2,88. Les scores moyens du SAPS II et PRISM ont été de $25,7 \pm 8,49$ et $23,7 \pm 11,1$ points respectivement. Le traumatisme a été majoritairement secondaire à un accident de la voie publique où la collision a été le principal mécanisme. Le transport a été médicalisé dans 54% des cas. Le recours à la ventilation mécanique a été noté chez 74 patients avec un délai moyen de $1,38 \pm 0,86$ jours. La durée moyenne de VMI a été de $8,7 \pm 9,15$ jours. Soixante patients (59,4 %) ont développé un état de choc de nature hypovolémique (48,5 %) et cardiogénique (23,7 %). Le TT a été fermé dans 99% des cas et bilatérale dans 40,6% des cas. La contusion parenchymateuse et la fracture des côtes ont été les lésions les plus retrouvées (75,3% et 66,3% respectivement). Le volet costal a été observé chez 23,8%. La fracture scapulaire a été retrouvée chez 16,8%. Quatorze patients avaient une fracture du sternum et 10 patients avaient une fracture de la clavicule. Soixante patients (59,4 %) ont présenté un pneumothorax et 42 patients (41,5%) avaient un hémithorax. Le pneumo médiastin a été retrouvé dans 13,9%, l'atteinte diaphragmatique dans 13,9% et le traumatisme des gros vaisseaux dans 8,9%. Le choc septique a été observé chez 12 patients avec un délai de $6 \pm 5,7$ jours. La PAVM a été retrouvée dans 66,6% et le SDRA dans 64,4%. La survenue d'une insuffisance rénale aiguë a été notée dans 23,7 % avec délai de $6,21 \pm 19,9$ jours. La mortalité en réanimation a été 14,8% avec une durée moyenne de séjour de $9,9 \pm 9,5$ jours.

Conclusion : Le TT est grave dans notre population. Ceci est expliqué par la violence des accidents de la voie publique qui surviennent chaque jour dans notre pays. En effet, la Tunisie occupe les premières places en ce qui concerne la mortalité secondaire à l'accident de la voie publique, d'où l'intérêt de la prévention primaire.

P 395 TRAUMATISME THORACIQUE EN MILIEU DE RÉANIMATION : LES FACTEURS CORRELÉS AU MAUVAIS PRONOSTIC.

Ines Sdiri : Service de réanimation médicale CHU Hbib Bourghuiba.

Kamilia Chtara : Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba.

Salma Jerbi : Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba.

Najeh Baccouche : Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba.

Hedi Chelly : Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba.

Chokri Ben Hamida : Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba.

Mabrouk Bahloul : Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba.

Mounir bouaziz : Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba.

Introduction : Le traumatisme thoracique constitue la 3^{ème} cause de décès chez le polytraumatisé et représente une entité particulière au sein de la traumatologie sévère. La gravité est difficile à apprécier sur les lésions observées expliquant l'absence de corrélation clinico-radiologique.

Objectif : Dégager les facteurs corrélés au mauvais pronostic

Méthode : Notre étude a été rétrospective descriptive et analytique sur 4 ans en incluant tous les patients admis en réanimation médicale du CHU Habib Bourguiba pour prise en charge d'un traumatisme thoracique isolé ou faisant partie d'un polytraumatisme sans traumatisme crânien. Nous avons étudié les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, paracliniques et évolutives pour identifier les facteurs de mauvais pronostic.

Résultat : Nous avons inclus 101 patients. Le polytraumatisme représente 47,4 % des admissions et traumatisme thoracique sans traumatisme crânien a été à 6%. Un âge moyen a été de 35 ± 20 ans avec sex-ratio à 2,8. Les facteurs corrélés au mauvais pronostic ont été l'âge supérieur à 37 ans, le diabète et l'HTA, l'état de choc, le recours à la ventilation mécanique, la contusion myocardique (FeVG $\leq 56\%$ et troponines positives) l'insuffisance rénale aiguë, l'hyperglycémie, l'acidose métabolique, la gravité initiale (SAPS II $> 24,5$, TTSS $> 8,5$ points, SOFA $> 3,5$ points). Les lésions post traumatiques identifiées comme des facteurs corrélés à la mortalité ont été : le volet costal, l'hémo-thorax, l'hémo-pneumothorax et l'hémorragie intra-alvéolaire. L'état de choc septique, la survenue d'une embolie graisseuse, le SDRA, l'insuffisance rénale aiguë et la CIVD et SDMV ont été significativement corrélés au mauvais pronostic. En analyse multi variée les facteurs indépendants corrélés au mauvais pronostic ont été l'âge > 37 ans, un score SAPSII > 24.5 points, le diabète, l'état de choc septique et l'insuffisance rénale.

Conclusion : Les facteurs corrélés à un pronostic péjoratif chez les traumatisés du thorax sont multiples en particulier la gravité initiale évaluée par le score SAPSII, l'état de choc et la survenue d'une insuffisance rénale aiguë et les antécédents de diabète. Ceci nécessite une prise en charge précoce, adéquate et énergique.

P 396 TRACHEOSTOMY AMONG HEALTH CARE PROFESSIONALS: BETWEEN KNOWLEDGE AND PRACTICES

Y. Troudi : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
H.Sfar : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
K. Attia : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
G. Messaoudi : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
Y. Ben Ali : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
D. Ben Braiek : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
I. Belhouchet : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
J.Ayachi : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

Introduction : Tracheostomy is a common surgical procedure performed to establish a direct airway access. Effective tracheostomy care is essential to minimize complications and optimize patients' outcomes. Health care professionals (HCP) must be involved as well as doctors in tracheostomy care.

Objectif : To assess the knowledge and practices of HCP regarding tracheostomy care.

Méthode : A cross-sectional study was conducted in September 2023 in a medical intensive care unit of a university hospital. Twenty four HCP were voluntary invited to fulfill an anonymous questionnaire consisted of five sections including basic concepts, benefits, indications, complications and precautions before tracheostomy.

Résultat : The study included 24 intensive health care professionals with female predominance 18(75%). Thirteen (54, 16%) of HCP were nurses while 11(45, 8%) were senior technicians. The average age was 32, 6 years and these professionals had 3,4 years of experience in ICU. All HCP reported being actively involved in tracheostomy procedures and tracheostomized patients' care. Seventy two percent of them have correctly answered to basic concepts. Seventy eight of HCP were aware of tracheostomy's indications while only 63, 4% of them were knowledgeable about the benefits. A significant majority (81, 66%) knew about precautions that should be taken before tracheostomy while 58,75% only knew about early and late complications of tracheostomy.

Conclusion : Different levels of knowledge were found between HCP. Efforts may be needed to enhance understanding benefits and complications of tracheostomy.

P 397 KNOWLEDGE AND PRACTICES IN PREVENTION OF NOSOCOMIAL INFECTION AMONG HEALTHCARE PROFESSIONALS. A CROSS-SECTIONAL STUDY IN A TUNISIAN INTENSIVE CARE UNIT

Y. Troudi : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
H.Sfar : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
I.Belhouchet : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
G. Messaoudi : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
Y. Ben Ali : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
S. Bel Haj Youssef : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
K.Attia : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.
J.Ayachi : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

Introduction : Nosocomial infections, commonly known as healthcare-associated infections (HAIs) are a real threat in ICU settings. Thus, the knowledge and perception of the prevention of HAIs is an integral part of safe and high-quality patient care.

Objectif : To evaluate the knowledge and practice of infection control among health care professionals (HCP) in the intensive care unit (ICU) and to highlight their role in preventing nosocomial infections.

Méthode : In this cross-sectional study conducted in September 2023 in a 9-beds medical ICU, a structured questionnaire was used to assess HCP's knowledge about HAIs. The questionnaire consisted of 13 questions divided into two sections. It evaluates the level of knowledge and practices concerning HAIs. Correct answers were scored and data were rigorously collected for quantitative analysis, providing a comprehensive evaluation of HCPs' awareness and knowledge regarding HAIs in the ICU setting.

Résultat : The study included 24 intensive health care professionals with female predominance 18(75%). Thirteen (54, 16%) of HCP were nurses while 11(45, 8%) were senior technicians. Only 42.8% of HCPs had ever attended a training program on infection control in the past three years. Seventy-three percent provided a correct definition of

Healthcare-Associated Infections (HAIs), demonstrating a modest understanding of the concept. Fifty five per cent could correctly identify the three most frequent sources of HAIs. About 62% of participants were aware of the importance of preventive measures for HAI control and management when dealing with affected patients. For practices regarding prevention of HAI, 76% of HCPs knew how to prevent ventilator-associated pneumonia (VIP), 70% knew how to prevent urinary infections (UI) and 79% knew how to prevent catheter-related infections. Only thirty three per cent of the participants admit respecting protocols of jewelry removal during work whereas all of them admit washing their hands before and after each contact with the patient.

Conclusion : ICU HCPs are frontline defenders against infections. In this study, HCP had an acceptable skills in preventing HAI. Training workshop on infection control should be organized for all ICU health care workers to reduce nosocomial infections.

P 398 SHOCK MANAGEMENT AMONG HEALTH CARE PROFESSIONALS: A QUESTIONNAIRE SURVEY IN A TUNISIAN INTENSIVE CARE UNIT

G. Messaoudi : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

H.Sfar : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

Y.Troudi : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

D.Ben Braiek : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

I.Belhouchet : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

Y.Ben Ali : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

J.Ayachi : Medical Intensive Care Unit Ibn El Jazzar University Hospital, Kairouan, Tunisia.

Introduction : The management of shock is a multidisciplinary approach. Health care professionals (HCP) are playing a crucial role in the initial assessment and ongoing care of patients. Strategies include recognizing types of shock, clinical signs of shock, initiating fluids and vasopressors.

Objectif : To evaluate the level of knowledge about shock management of HCP working in the Intensive Care Unit.

Méthode : A cross-sectional study was conducted in September 2023 in a medical intensive care unit of a university hospital. HCP were voluntary invited to fulfill anonymous questionnaire consisted of six sections including basic concepts, assessment and recognition, initial management, fluid resuscitation, vasopressors and inotropes, documentation and communication.

Résultat : The study included 23 intensive health care professionals with female predominance 17(70,8%). Thirteen (54, 16%) of HCP were nurses while 10(41, 6%) were senior technicians. The average age was 32, 6 years and these professionals had 3,4 years of experience in ICU. In terms of knowledge, the results have shown different levels of skills across different aspects of shock management. Basic concepts fared the best with 88,25% of correct answers. For the assessment and recognition of shock, 73,75% of HCP responded well. However, only 55,5% of right answers were noticed among HCP regarding the initial management of shock.

High levels of correct answers were found regarding fluid resuscitation(72%) as well as documentation and communication(72%).

Conclusion : HCP's role in shock management is crucial. This study illustrated that HCP had an acceptable knowledge about management of shock. Continuing education programs should be organized for HCP who play active roles in the management of critically ill patients.

P 399 CONNAISSANCES DES INFIRMIERS À PROPOS LA PRISE EN CHARGE PRÉCOCE DU TRAUMATISÉ CRÂNIEN GRAVE

Mouna Jerbi : Urgence et SAMU 04 Habib Bourguiba Sfax.

Emna Gharbi : Urgence et SAMU04 sfax Habib Bourguiba Sfax.

Hana Kessentini : Urgence et SAMU 04 Habib Bourguiba Sfax.

Imen Salem : Urgence et SAMU 04 Habib Bourguiba Sfax.

Adel Chaari : Urgence et SAMU 04 Sfax Habib Bourguiba Sfax.

Mariem Mallek : Urgence et SAMU 04 Habib Bourguiba Sfax.

Noureddine Rekik : Urgence et SAMU 04 Habib Bourguiba Sfax.

Introduction : Le traumatisé crânien grave nécessite une prise en charge multidisciplinaire et pluriprofessionnelle. Les soins infirmiers et la gestion médicale se chevauchent, avec un accent particulier sur les connaissances et les pratiques des infirmiers.

Objectif : Décrire les connaissances infirmières au service des urgences et SAMU à propos la (PEC) précoce d'un traumatisé crânien grave (TCG) chez l'adulte.

Méthode : Il s'agit d'une étude transversale quantitative de type descriptif s'attachant à décrire les connaissances infirmières au service des urgences (unité d'accueil des urgences vitales et SAMU à propos la (PEC) précoce d'un traumatisme crânien grave (TCG) chez l'adulte au CHU Habib Bourguiba Sfax. La collecte des données est effectuée à l'aide d'un questionnaire anonyme et auto administré constitué de 68 items regroupées en 2 dimensions théoriques et pratiques.

Résultat : La population de l'étude est composée de 26 infirmiers, d'âge moyen de 37,73 (± 9.35) ans. Une majorité masculine (73,08%) a été recensée. Ils sont essentiellement des infirmiers majors (65.38%) ayant principalement une licence appliquée en sciences infirmières (61.54%), et une ancienneté dans le service supérieure à 5 ans (73.08%). La moitié (50%) d'entre eux ont suivi une formation sur la PEC du TCG. Les résultats montrent que (84.62%) des infirmiers ont des connaissances globales moyennes sur la PEC du TCG. Les niveaux faibles et suffisantes sont égaux (7.69%). En affinant les deux dimensions, nous avons constaté que les connaissances générales des niveaux moyen et bas étaient proches en pourcentages (53,85%) et (42,30%), respectivement, et que seuls (3, 85%) avaient des connaissances suffisantes. Contrairement à la deuxième dimension, il a été constaté que le niveau de connaissance des infirmiers sur la prise en charge précoce des TCG était majoritairement moyen (93,30%), avec le même niveau de connaissance faible et suffisant (3, 85%).

Conclusion : Il est impératif que les infirmiers disposent d'une ressource inestimable fournissant des conseils fondés sur des données probantes sur les activités infirmières pour les aider à obtenir les meilleurs résultats possibles, restaurer l'insuffisance constatée et améliorer le niveau de connaissances des infirmiers à propos la PEC précoce du TCG.

P 400 CONNAISSANCES DES INFIRMIERS À PROPOS DES MODALITÉS D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS PAR SONDE GASTRIQUE

Mouna Jerbi : Urgence et SAMU 04 Habib Bourguiba Sfax.

Emna Gharbi : Urgence et SAMU04 sfax Habib Bourguiba Sfax.

Hana Kessentini : Urgence et SAMU 04 Habib Bourguiba Sfax.

Fatma Lazzez : Urgence et SAMU 04 Habib Bourguiba Sfax.

Adel Chaari : Urgence et SAMU 04 Sfax Habib Bourguiba Sfax.

Leila Kammoun : Urgence et SAMU 04 Habib Bourguiba Sfax.

Noureddine Rekik : Urgence et SAMU 04 Habib Bourguiba Sfax.

Introduction : L'administration de médicaments par des sondes d'alimentation entérale est une pratique couramment rencontrée en milieu hospitalier.

Objectif : Cette étude vise à évaluer les connaissances et les pratiques des infirmières concernant l'administration de médicaments et à mettre en évidence le risque d'erreur lié à la transformation galénique

Méthode : Cette étude est de type descriptif simple qui se base sur l'approche quantitative dont le but de décrire le niveau des connaissances et des pratiques infirmiers lors de l'administration des médicaments buvables par sonde gastrique. En effet, notre étude est fondée sur un cadre conceptuel avec un outil de mesure de donnée validé : un questionnaire dans lequel ont été évalué les connaissances et les pratiques des infirmiers concernant les modalités d'administration de médicaments par sonde gastrique. La distribution des questionnaires a été réalisée durant le mois Mars 2023.

Résultat : L'échantillon est constitué de 50 infirmiers travaillant aux services de réanimation médicale, SAMU, réanimation chirurgie thoracique, réanimation chirurgical et neurologie médicale de CHU Habib Bourguiba-Sfax. L'échantillonnage est de type non probabiliste par convenance. Les résultats de notre étude montrent que le niveau de connaissance théorique est généralement moyen pour les infirmiers (52 %), d'autres ont un niveau de connaissance élevé (30%) et une minorité qui présente 18% ont un niveau de connaissance faible. Concernent les connaissances pratiques, 54 % des infirmiers ont un niveau de connaissance moyenne et 46% des infirmiers ont un niveau de connaissance élevé.

Conclusion : Afin d'améliorer les connaissances et les pratiques des infirmiers, plusieurs recommandations doivent être suggérer.

P 401 ÉTUDE SUR LA GESTION DE LA VENTILATION MÉCANIQUE EN RÉANIMATION : PERCEPTION ET PRATIQUES DU PERSONNEL INFIRMIER

M Slema Wael : Réa Med Hopital Ernest conseil La Rabta.

Dr Eya Seghir : Réa Med Hopital Ernest conseil La Rabta.

Dr Asma Mahdi : Réa Med Hopital Ernest conseil La Rabta.

Dr Touil Yosr : Réa Med Hopital Ernest conseil La Rabta.

Pr Trifi Ahlem : Réa Med Hopital Ernest conseil La Rabta.

Pr Abdellatif Sami : Réa Med Hopital Ernest conseil La Rabta.

Pr Benakhal Salah : Réa Med Hopital Ernest conseil La Rabta.

Introduction : La gestion de la ventilation mécanique en réanimation est un processus complexe qui requiert une approche multidisciplinaire. Les infirmières en soins intensifs (USI) jouent un rôle clé dans la gestion de cette technique. En la maîtrisant au sein des équipes, elles peuvent réduire la durée de la ventilation mécanique (VM) tout en maintenant une sécurité accrue.

Objectif : L'objectif est de mieux comprendre les pratiques des infirmiers et leurs préférences qui pourrait contribuer à améliorer la prise en charge des patients sous ventilation mécanique.

Méthode : Il s'agit d'une enquête en ligne ciblant le personnel de santé paramédical exerçant au sein du service Réanimation médicale Médicale, souvent en contact direct avec des patients sous ventilation mécanique. Nous avons élaboré un questionnaire avec Google Forms et nous avons interprété les résultats à l'aide de Google Sheets. Le questionnaire était composé de 10 questions, divisées en deux rubriques : données personnelles et connaissances sur les réglages de la ventilation mécanique.

Résultat : Un total de 26 infirmiers a participé à cette étude. Le genre ratio était à 19/6 (F/H), soit 3,16. En ce qui concerne l'expérience dans les services de réanimation médicale, 16 infirmiers (61,5%) possédaient une expérience inférieure à 5 ans, tandis que 10 (38,5%) affichaient une expertise de plus de 5 ans. Notamment, la majorité du personnel soignant a précisé n'avoir jamais effectué de modifications du mode ventilatoire. En analysant les ajustements des paramètres en ventilation assistée contrôlée (VAC), la FiO₂ a été la plus fréquemment modifiée par 25 infirmiers (96,2%), suivie de la PEP pour 4 infirmiers (15,4%). Seul un infirmier (3,8%) a indiqué des modifications pour la FR et le Vt, et aucune modification n'a été rapportée pour le rapport I/E. Pour la ventilation spontanée avec assistance inspiratoire (VSAI), la FiO₂ était également le paramètre le plus modifié par 24 infirmiers (92,3%), suivi de la PEP pour 4 infirmiers (15,4%) et de l'aide inspiratoire (AI) pour 3 infirmiers (11,5%). Aucune modification n'a été enregistrée pour le seuil de déclenchement (trigger inspiratoire). Les motifs de changement des réglages ventilatoire présentaient des variations substantielles au sein des participants, avec 20 infirmiers (79,9%) soulignant la désaturation comme motif principal. En ce qui concerne les facteurs favorisant les modifications des réglages par les infirmiers, l'indisponibilité des médecins en situation d'urgence a été largement citée par 21 infirmiers (80,8%), suivie de la disponibilité d'infirmiers formés en ventilation mécanique par 18 infirmiers (69,2%), et les gardes de nuit par 13 infirmiers (50%). D'après les retours des participants, les situations où les infirmiers se sentent le plus confiants pour intervenir sans consulter le médecin sont les désaturations brutales (21 infirmiers, soit 80,8%) et le sevrage ventilatoire (6 infirmiers, soit 23,1%). En ce qui concerne la communication des changements de réglages ventilatoires au médecin, elle était systématique pour 22 infirmiers (84,6%) parmi les participants. De plus, 24 infirmiers (92,3%) souhaitaient être fortement impliqués dans la gestion de la ventilation mécanique.

Conclusion : Les infirmiers expriment une volonté marquée pour être impliqués dans la gestion de la ventilation mécanique, illustrant ainsi leur engagement envers des soins optimaux et une collaboration étroite avec les médecins pour améliorer la prise en charge des patients en réanimation. Ces données offrent des perspectives précieuses pour optimiser les protocoles de gestion de la ventilation mécanique et encourager une communication interprofessionnelle plus fluide au sein des unités de réanimation.

P 402 RÔLE DES INFIRMIERS EN SERVICE DE RÉANIMATION LORS DES SÉANCES D'HÉMODIALYSE PENDANT LA PANDÉMIE DE COVID-19

M Slema Wael : Réa Med Hopital Ernest conseil La Rabta.
Dr Eya Seghir : Réa Med Hopital Ernest conseil La Rabta.
Dr Asma Mahdi : Réa Med Hopital Ernest conseil La Rabta.
Dr Touil Yosr : Réa Med Hopital Ernest conseil La Rabta.
Pr Trifi Ahlem : Réa Med Hopital Ernest conseil La Rabta.
Pr Abdellatif Sami : Réa Med Hopital Ernest conseil La Rabta.
Pr Benakhal Salah : Réa Med Hopital Ernest conseil La Rabta.

Introduction : L'atteinte rénale est une complication fréquemment rencontrée chez les patients hospitalisés en unité de soins intensifs pour syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) dû à une infection au SARS-CoV-2. L'hémodialyse (HD) se présente alors, comme une option thérapeutique pour suppléer le rôle épurative et déplétive du rein. Le recours à l'épuration extrarénale (EER) est de l'ordre de 20 % chez les patients de réanimation. L'infirmier en réanimation joue un rôle primordial dans de toutes les étapes d'une séance d'hémodialyse. De ce fait, il paraît indispensable que les infirmiers en réanimation soient formés pour maîtriser cette technique.

Objectif : Notre étude avait pour but de faire un état des lieux et de relater le vécu de notre équipe soignante avec l'hémodialyse chez les patients Covid (+) admis en réanimation.

Méthode : Étude, observationnelle, descriptif et transversale réalisée au mois de juillet 2023, intéressant les infirmiers exerçant dans les services de réanimation médicale qui sont souvent en contact avec les hémodialisés.

Résultat : On a recueilli l'expérience de 27 infirmiers au service de Réanimation Médicale. Le genre ratio (F/H) était de 19/8 = 2,37. Notre personnel soignant avait majoritairement une expérience professionnelle inférieure à 5 ans (59,3%). Onze parmi les sujets questionnés soit 40,7%, ont déclaré avoir des connaissances concernant l'hémodialyse dont la moitié (5) connaissent quelques notions (45.5%) et uniquement trois (27.3%) avaient eu une formation continue. Pour les précautions prises lors du branchement, le lavage antiseptique des mains vient en tête de liste avec 25 sujets qui ont répondu oui, suivi par le port de gant stérile (22) et la mise en place d'un champs stérile (22). Presque la totalité, 26 (96,3%) des intervenants déclarent porter des gants stériles lors de la réalisation d'un pansement. La stérilisation du générateur n'est effectuée que par 11 (40,7%) des sujets questionnés. Pour l'injection d'un anticoagulant dans le circuit, 13 (48,1%) seulement ont répondu oui. Les trois paramètres les plus surveillés sont tous des paramètres cliniques relatifs aux patients. Les incidents au cours de la séance les plus rapportés sont l'hypotension artérielle 23 (26,4%), l'hypoglycémie 17 (19,5%) et la coagulation du circuit 17 (19,5%). La majorité des sujets questionnés (88,9%) estiment que le risque de contamination à partir des patients Covid affecte la qualité de surveillance en réanimation. La majorité des sujets questionnés, soit 24 (88,9%), pensaient que la formation en hémodialyse est nécessaire pour un infirmier en réanimation.

Conclusion : Notre enquête a révélé l'existence de quelques insuffisances concernant la pratique de l'hémodialyse au sein de notre équipe. La formation continue de notre personnel se présente alors comme la solution idéale pour remédier à ces lacunes.

