ASSOCIATION TUNISIENNE DE RÉANIMATION (ATR)

30 Nov, 1 et 2 Déc 2017

22e CONGRÈS NATIONAL de RÉANIMATION

Hôtel Le Royal Hammamet

Cahier des Abstracts

www.aturea.org

GE Healthcare

CARESCAPE R860



Physical Specifications

Dimensions

Height:	48.85 cm/19.2 in (Display down) 73.8 cm/29.1 in (Display up)
Height including cart:	126.82 cm/49.9 in (Display down) 151.77 cm/59.8 in (Display up)
Width:	38 cm/15 in
Depth:	36 cm/14 in
Weight:	31 kg/68.0 lb (not including cart); 78 kg/171.2 lb (including cart)

Display motion

Vertical tilt:	162.1° in raised position 47.6° in lowered position
Height adjustment:	24.95 cm/9.8 in

Key:

Available only when Adult patient type is selected

Available only when Pediatric patient type is selected

Available only when Neonatal patient type is selected

Note: Ranges and Settings without an icon pertain to all patient types unless otherwise stated.

Modes of Ventilation

A/C VC (Volume Control)

A/C PC (Pressure Control)

A/C PRVC (Pressure Regulated Volume Control)

SIMV VC (Synchronized Intermittent Mandatory Ventilation, Volume Control)

SIMV PC (Synchronized Intermittent Mandatory Ventilation, Pressure Control)

CPAP/PS (Continuous Positive Airway Pressure/ Pressure Support)

SBT (Spontaneous Breathing Trial)

APRV* (Airway Pressure Release Ventilation)

BiLevel* (BiLevel Airway Pressure Ventilation)

BiLevel VG* (BiLevel with Volume Guarantee)

SIMV PRVC* (Synchronized Intermittent Mandatory Ventilation, Pressure Regulated Volume Control)

VS* (Volume Support)

NIV* (Non-invasive Ventilation)

nCPAP* (Nasal Continuous Positive Airway Pressure)

**Optional*

Plan

- Plan du Cahier 1
- Plan de la zone du congrès 2
- Informations 3
- Programme scientifique des médecins 5
- Programme scientifique des infirmiers 6
- Remerciements 7
- Planning Flash Communications 8
- Planning E-Posters 8
- Sessions Flash Communications 9
  * Pr C. Ben Hamida, Pr MF. Hassen, Dr A.Trifi 11
  * Pr J. Ben Khelil, Pr Ag I. Chouchene, Pr Ag H. Elgord 20
  * Pr R. Boujdaria, Pr M. Bahloul, Dr J. Guissouma, Pr Ag Y.Blel 29
  * Pr M. Boussarsar, Pr Ag A. Mokline, Dr YZ. Elhechmi 38
- Sessions E-Posters 47
  * J. Ben Khelil, A. Azouzi 49
  * I. Ouanes, A.Trifi 61
  * S. Ayed, F. Daly 74
  * I. Chouchene, T.Marhbene 88
  * N. Kouraichi, I. Rahmani 129
  * M F. Hassen, J. Ayachi 137
  * M. Bahloul, I. Sedghiani Landoulsi 98
  * A. Mokline, Z. Hamouda 145
  * H. Elghord, N. Tilouche 162
  * F. Dachraoui, D. Lakhdhar 107
  * M. Boussarsar, R. Allala 153
  * N. Brahmi, O. Turki 170
  * R. Boujdaria, I. Ben Saida 115
  * C. Ben hamida, I. Fathallah 121
  * I. Chouchene, R. Atig 179

Le ROYAL HAMMAMET

Bâtiment de l'hôtel
(Rez de Chaussée)

Salle Carthage

Ateliers

Bâtiment de l'hôtel
(1er étage)

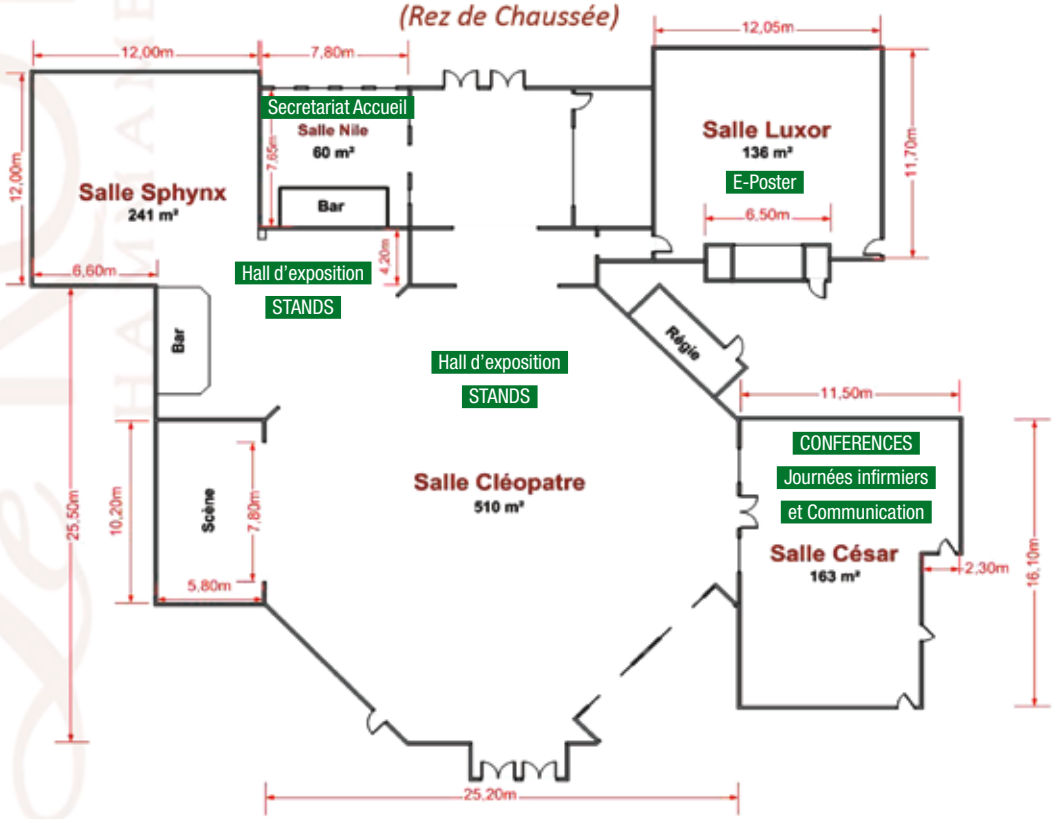
Salle Carthage 1

Flash Communications

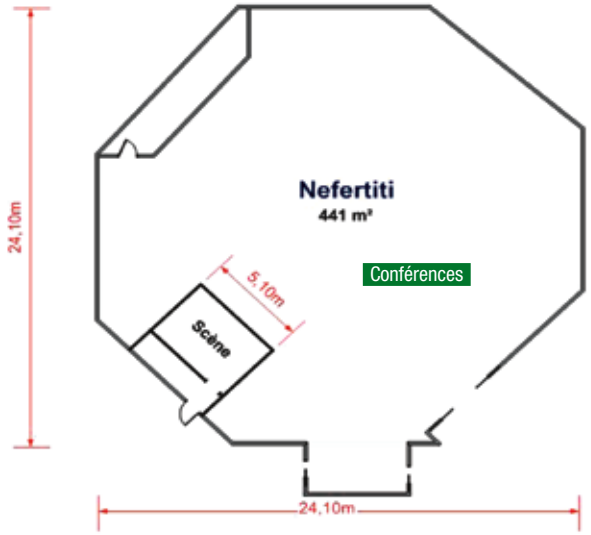
Ateliers

Salle Carthage 2

Centre de Congrès
(Rez de Chaussée)



Centre de Congrès
(1er étage)



Informations

ACCUEIL ET SECRETARIAT

Situés au rez de chaussé du centre des congrès et sont ouverts aux horaires suivantes :

- Jeudi 30 Novembre 2017: 8h-19h
- Vendredi 1 Décembre 2017: 8h-19h
- Samedi 2 décembre 2017: 8h-14h

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 et pour présenter les e.posters

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

COMMUNICATIONS ORALES

Quatre sessions de Flash communications orales sont prévues en simultanée selon le planning :

ATR			Flash Com 2017
DATE	**HORAIRE**	**SALLES**	**N° Flash Com**
30 Novembre	15:00	Carthage 1	F.Com 01 – F.Com 13
		Carthage 2	F.Com 14 – F.Com 26
		César	F.Com27 – F.Com 38
		Néfertiti	F.Com 39 – F.Com 50

POSTERS ELECTRONIQUES : E.POSTERS

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

ATR			E-Poster 2017	
DATE	**HORAIRE**	**BORNE**	**N° E.Poster**	**THEMES**
30 Novembre	08:30	A	P 001 – P 022	Respiratoire
		B	P 023 – P 044	Hémodynamique
		C	P 045 – P 067	Infectieux 1
	12:30	A	P 068 – P 085	Infectieux 2
		B	P 134 – P 145	Métabolique
		C	P 146 – P 158	Complications Iatrogènes
1 Décembre	12:00	A	P 86 – P 99	Infectieux 3
		B	P 159 – P 172	Neurologie 1
		C	P 187 – P 200	Toxico 1
	17:00	A	P 100 – P 113	Scoring, Procédure et Pronostic 1
		B	P 173 – P 186	Neurologie 2
		C	P 201 – P 214	Toxico 2
2 Décembre	09:30	A	P 114 – P 122	Scoring, Procédure et Pronostic 2
		B	P 123 – P 133	Scoring, Procédure et Pronostic 3
		C	P 215 – P 231	Autres

PARTENAIRES

Programme des médecins

JEUDI 30 NOVEMBRE 2017

ACCUEIL ET INSCRIPTION 08:30

E-POSTERS — 1ère Séance — 9:00-10:30

Salle Luxor

10:30-11:00 Pause café

ATELIERS — 1ère Séance — 11:00-12:30

Salle Carthage
- Echographie cardiaque — Pr Ag F. Dachraoui, Pr L. Ouanes Besbes, Dr H. Sik Ali, Dr A. Trifi

Salle Luxor
- Ventilation Mécanique. Modes ventilatoires — Pr Ag S. Ayed, Dr R. Boujelbene, Mr A Ouertani

Salle Carthage 1
- Apprentissage par simulation — Pr Ag I. Ouanes, Pr Ag Z. Hajjej

Salle Carthage 2
- SPSS : Création d'un fichier et analyse univariée — Pr A. Mrabet, Dr YZ. Elhechmi, Dr F. Daly

E-POSTERS — 2éme séance — 12:30-13:30

13:30 Déjeuner

COMMUNICATIONS ORALES — 15:00-16:30

Salle Carthage 1
Flash Com 1
Modérateurs : Pr C. Ben Hamida, Pr MF. Hassen, Dr A. Trifi

Salle Carthage 2
Flash Com 2
Modérateurs : Pr J. Ben Khelil, Pr Ag I. Chouchene, Pr Ag H. Elgord

Salle César
Flash Com 3
Modérateurs : Pr R. Boujdaria, Pr M. Bahloul, Dr J. Guissouma, Pr Ag Y. Blel

Salle Néfertiti
Flash Com 4
Modérateurs : Pr M. Boussarsar, Pr Ag A. Mokline, Dr YZ. Elhechmi

16:30-17:00 Pause café

SESSION DE CAS CLINQUES QUIZ — 17:00-18:00

Animateur : Dr H. Ghadhoune

ATELIERS — 2ème Séance — 18:00-19:30

Salle Carthage
- Echographie cardiaque — Pr Ag F. Dachraoui, Dr H. Sik Ali, Dr A. Trifi

Salle Luxor
- Ventilation Mécanique. Modes ventilatoires — Pr Ag S. Ayed, Dr R. Boujelbene, Mr A Ouertani

Salle Carthage 1
- Apprentissage par simulation — Pr Ag I. Ouanes, Pr Ag Z. Hajjej

Salle Carthage 2
- SPSS : Création d'un fichier et analyse univariée — Pr A. Mrabet, Dr YZ. Elhechmi, Dr F. Daly, Dr H. Ghadhoune

Salle César
- Démarrage d'une ventilation à Domicile — Pr L. Ouanes Besbes, Dr Z. Hamouda

Diner

VENDREDI 1er DÉCEMBRE 2017

CONFÉRENCES — Session « Sepsis » — 09:00-10:30

Modérateurs : Pr Z. Jerbi, Pr W. Naija, Pr Ag R. Abdelmalek

- 09:00-09:20: PAVM : Les nouvelles recommandations dans la prise en charge — Pr S. Atrous
- 09:25-09:45: Quand et comment faire la désescalade des antibiotiques au cours du sepsis — Pr S. Ben Lakhal

CONTROVERSE — 09:50-10:20

Epuration extra-rénale
- Précoce (15') — Pr Ag I. Ouanes
- Tardive (15') — Pr M. Bouaziz

10:30-11:00 Pause café matinale

CONFÉRENCES — Session hémodynamique — 11:00-12:10

Modérateurs : Pr S. Bouchoucha, Pr S. Ben Lakhal, Pr F. Addad, Pr J. Ben khelil

- 11:00-11:20: Les indications de l'angioplastie en urgence — Pr K. Ben Hamda
- 11:25-11:45: Faut-il réduire les ACFA en Réanimation? — Pr Ag N. Kouraichi
- 11:50-12:10: La ventilation dans l'OAP — Pr JC. Richard

12:15 - 13:00

SYMPOSIUM (MSD) — E-POSTER

Modérateurs : Pr M. Ferjani, Pr L. Ouanes-Besbes, Pr A. Toumi

Les candidoses invasives en Réanimation — Pr F. Abroug

13:00-14:45 Déjeuner

CONFÉRENCES — Session « SDRA » — 14:45-16:45

Modérateurs : Pr M. Bouaziz, Pr S. Mebazaa, Pr M. Besbes

- 14:45-15:15 : Nouveautés dans le SDRA — Pr L. Brochard
- 15:20-15:40: Mesure de la CRF dans le SDRA — Pr A. Mercat
- 15:45-16:15: Intérêt des mesures de la mécanique respiratoire en pratique clinique — Pr L. Brochard
- 16:15-16:45: Monitorage de la ventilation par tomographie en impédance électrique — Pr. A. Mercat

16:45-17:15 Pause café

17:15 - 18:00

SYMPOSIUM (General Electric) — E-POSTER

Modérateurs
Pr M. Amamou , Pr N. Borsali, Pr K. Ben Romdhane

Mesure du metabolisme et de la capacite residuelle fonctionnelle (CRF) en reanimation : Technique et ineteret clinique. Pr M. FAROUDI (Maroc)

20:00 Diner Gala

Programme des infirmiers

SAMEDI 2 DÉCEMBRE 2017

MEET THE EXPERTS 08:45-09:45

«Prise en charge d'une décompensation de BPCO »

Modérateur Pr H. Ghedira

Experts	Pr F.Abroug, Pr L.Brochard
Cas clinique	Dr A.Jamoussi

09:45 - 10:30

SYMPOSIUM (Laboratoire : adhe-els) — E-POSTER

Modérateurs
Pr F. Abroug, Pr AA. Mesaadi, Pr N. Brahmi

Epuration extracorporelle du CO2 (ECCO2) W.Dramburg

10:30-11:00 : Pause café

CONFÉRENCES Session ventilation 11:00-12:25

Modérateurs Pr A. Mercat , Pr S. Atrous, Pr I. Labbene

11:00-11:25: La ventilation spontanée au cours du SDRA	Pr JC. Richard
11:30-11:55: L'oxygène nasal à fort débit	Pr L. Brochard
12:00-12:25 : Ventilation après l'arrêt cardiorespiratoire	Pr.JC. Richard

Remise des **prix**
• Meilleur poster •
• Meilleure communication orale •

ACCUEIL ET INSCRIPTION 08:30

1ère séance 09:00-10:30

Modérateurs Pr M. Bahloul, Pr M. Fekih Hassen

09:00-09:30: La ventilation non invasive
Dr T. Marahbene (Ariana), Dr Z. Hamouda (Monastir)

09:35-10:00: Nébulisations-Méthodes de réalisation
Dr J. Guissouma (Bizerte), Dr Y.Touil (Tunis)

10:00-10:30: Nébulisations-Les produits utilisés
Dr F.Madhioub (Mahres), Dr I.Rahmani (Ben Arous)

10:30-11:00 Pause café

2ème séance 11:00-12:30

Modérateurs Pr M. Bahloul, Pr Ag A. Mokline

11:00-11:30: Prise en charge des cathéters veineux centraux et périphériques
Dr A Azouzi (Souse), Dr I. sedeghiani (Tunis)

11:30-12:00: Les moyens de prévention des PAVM
Dr O. Turki (Sfax), Dr N. Tilouche (Mahdia)

12:00-12:30: Limitation des soins et soins palliatifs en milieu de réanimation : Rôle de l'équipe soignante. Dr H. Ghadhoune (Bizerte), Dr S. Khedher (Tunis)

Remerciements

- SRLF
- Société tunisienne de cardiologie et de chirurgie cardio-vasculaire
- Société tunisienne de pathologie infectieuse (Stpi)
- Société tunisienne d'analgésie anesthésie et de réanimation (STAAR)
- Association de promotion de la Pneumologie et de l'Allergologie
- Société Tunisienne de simulation
- CNAM
- Conseil National de l'ordre des Médecins

Pour une future collaboration Nationale et Internationale:

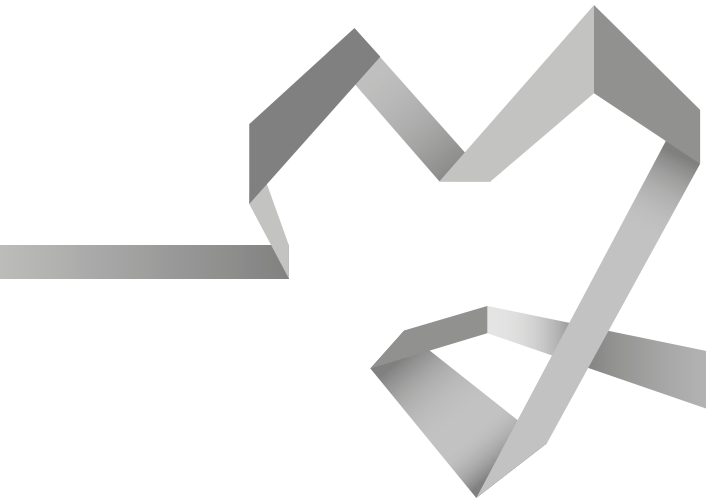
- Groupe de Recherche en Réanimation Respiratoire en Onco-hématologie (GrrrOH) coordonnée par Professeur Elie Azoulay
- Association des médecins de famille de Sfax
- Association des médecins de famille de Monastir
- Société tunisienne de médecine générale et médecine de famille
- Société tunisienne de médecine de famille

Planning Flash Communications

DATE	HORAIRE	SALLES	N° Flash Com
30 Novembre	15:00	Carthage 1	F.Com 01 – F.Com 13
		Carthage 2	F.Com 14 – F.Com 26
		César	F.Com27 – F.Com 38
		Néfertiti	F.Com 39 – F.Com 50

Planning E-Posters

DATE	HORAIRE	BORNE	N° E.Poster	THEMES
30 Novembre	08:30	A	P 001 – P 022	Respiratoire
		B	P 023 – P 044	Hémodynamique
		C	P 045 – P 067	Infectieux 1
	12:30	A	P 068 – P 085	Infectieux 2
		B	P 134 – P 145	Métabolique
		C	P 146 – P 158	Complications Iatrogènes
1 Décembre	12:00	A	P 86 – P 99	Infectieux 3
		B	P 159 – P 172	Neurologie 1
		C	P 187 – P 200	Toxico 1
	17:00	A	P 100 – P 113	Scoring, Procédure et Pronostic 1
		B	P 173 – P 186	Neurologie 2
		C	P 201 – P 214	Toxico 2
2 Décembre	09:30	A	P 114 – P 122	Scoring, Procédure et Pronostic 2
		B	P 123 – P 133	Scoring, Procédure et Pronostic 3
		C	P 215 – P 231	Autres



Flash Communications



Modérateurs Flash communications

DATE	HORAIRE	SALLES	N° Flash Com
30 Novembre	15:00	Carthage 1	F.Com 01 – F.Com 13
		Modérateurs : Pr C. Ben Hamida, Pr MF. Hassen, Dr A.Trifi	
		Carthage 2	F.Com 14 – F.Com 26
		Modérateurs : Pr J. Ben Khelil, Pr Ag I. Chouchene, Pr Ag H. Elgord	
		César	F.Com27 – F.Com 38
		Modérateurs : Pr R. Boujdaria, Pr M. Bahloul, Dr J. Guissouma, Pr Ag Y. Blel	
		Néfertiti	F.Com 39 – F.Com 50
		Modérateurs : Pr M. Boussarsar, Pr Ag A. Mokline, Dr YZ. Elhechmi	

Session Flash Communications 1

F.C01. The prevalence of nosocomial infection in medical intensive care units in Tunisia. Results of the multi-centre NOSOREA1 STUDY.

Auteurs : A.Jamoussi, S.Ayed, K.Ben Ismail*, K.Chtara, M.Bouaziz, A.Mokline, A.Messaadi, T.Merhebene, S.El Atrous, M.Boussarsar, F.Daly, S.Ben lakhel, I.Fathallal, N.Kouraichi, Y.Z.El Hechmi, Z.Jerbi, R.Attigue, H.Hamouda, H.Ghadhoun, H.El Ghord, K.Ben Romdhane, S.K

Service et Hôpital : *NOSOREA1 study group*

Background: ICU-acquired infection is common and often associated with higher costs, work burden and morbi-mortality. Controlling this fatal scourge should begin with greater awareness of ICU ecology and nosocomial infections (NIs) frequencies. That's why conducting multi-centre Tunisian studies is necessary to guide control measurements against NI. Objective: To determine the prevalence of ICU-acquired infections, identify the predominant infecting organisms, and evaluate risk factors of NIs.

Methods: Design: A 1-day point-prevalence study. Setting: Medical intensive care units in Tunisia, excluding cardiologic and paediatric careunits. Patients: All patients occupying an ICU bed over a 24-hour period (September 26th, 2017). Main outcome measures: Rates of medical ICU-acquired infection and resistance patterns of microbiological isolates.

Results: Among medical Tunisian ICUs (n=16), 15 participated to NOSOREA1 study. Total capacity was of 156 beds and occupancy rate was of 66%. A total of 103 ICU patient records were analysed. Of these, 26 patients were found to have developed at least one nosocomial infection (NI's prevalence= 25.2%). We recorded 32 episodes of NI. Respiratory infections were the commonest (n=19, 59.4%), followed by catheter related infections (n=5, 15.6%), then equally urinary infections and bloodstream infection (n=3, 9.4%) each. Among these NIs, 21 (65.6%) were confirmed with microbiological documentation and 11 (34.4%) were suspected. The most frequently isolated causative micro-organisms were: *non-fermenting pathogens (n=12, 57.1%): Pseudomonas (n=10) and acinetobacter (n=2); Imipenem resistance was noted (n=4) * enterobacteries (n=7, 33.3%) : Klebsielle pneumoniae (n=4), proteus (n=2) and citrobacter (n=1); penicillinase (n=1), β-lactamase (n=4), carbapenemase (n=1) * gram positive cocci (n=2, 9.5%): Meticillin Sensitive Staphylococcus aureus (n=1) and coagulase-negative staphylococcus resistant to glycopeptids (n=1). * fungi (n=3, 14.1%) Bi-microbial NIs were recorded in 5 patients.

Univariate analysis conducted to compare patients with NI to others is detailed in table 1.

TABLE I: COMPARISON OF MAIN CHARACTERISTICS ACCORDING TO NI OCCURRENCE.

	NI (n=26)	No NI (n=77)	p
Age mean ± SD (years)	49 ± 20	45 ± 20	0.363
Male gender n (%)	15 (57)	47 (61)	0.763
SAPS II	46 ± 15	28 ± 19	< 10-3
APACHE II	18 ± 5	12 ± 8	0.001
SOFA (study day)	7 ± 4	4 ± 4	0.017
Hypertension n (%)	10 (38)	13 (17)	0.022
Diabetes n (%)	6 (23)	11 (14)	0.296
COPD n (%)	2 (7)	6 (8)	0.987
Immunodepression n (%)	1 (4)	8 (10)	0.307
Recent hospitalisation n (%)	12 (46)	13 (17)	0.003
Isolement n (%)	11 (42)	9 (11)	0.001

Conclusion: NI's prevalence among Tunisian ICUs was of 25.2%. Hypertension and recent hospitalisation were more frequent in NI group. Severity illness at admission (SAPS II and APACHE II) and at the study's day (SOFA) was also higher among patients with NI.

F.C02. Impact of the transfer of an ICU to new buildings on local bacterial ecology

Auteurs : Ouanes I (1), Kotti A (2) , Hraiech K (1), Tlili M (1), Kadri Y (2), Hammouda Z (1), Nouira W (1), Bouker N (1), Zorgati H (1), Ouni A (1), Boukadida S (1), Dachraoui F (1), Ouanes-Besbes L (1), Mastouri M (2), Abroug F (1).

Service et Hôpital : *1- Service de Réanimation Polyvalente CHU Fattouma Bourguiba Monastir, Tunisie.*
2- Laboratoire de Microbiologie CHU Fattouma Bourguiba Monastir, Tunisie.

Introduction: Assessment of local bacterial ecology is of paramount importance for the prevention and management of infections in intensive care units, especially with the emergence of multidrug resistant (MDR) bacteria causing a

real problem worldwide. The aim of this study was to describe the patterns of bacterial ecology and resistance in our ICU before and after transfer to new buildings.

Methods: This was a cohort study including consecutive positive clinical samples from patients admitted to our ICU before and after transfer to new buildings (March 2016), the first period (P1) from 1st March 2015 to 1st March 2016 and the second one (P2) from 1st March 2016 to 1st March 2017. Positive samples and patients characteristics were prospectively collected from the Microbiology Unit and the ICU databases respectively. The number of positive samples for different micro-organisms was reported to the number of patients (density) for each period and compared Spearman's correlation coefficient test.

Results: During the first and the second study periods 204 and 244 patients were respectively admitted in the ICU. Total micro-organisms density was 48 and 69.5 for 100 patients for the first and the second period, respectively ($p<0.05$). Acinetobacter spp and Pseudomonas Aeroginosa were the predominant isolated microorganisms with a respective density of 13.2 and 11.2 isolates for 100 patients. Figure 1 summarizes the patterns of bacterial ecology and resistance in our ICU before and after transfer to new buildings, showing a significant decrease in Pseudomonas aeroginosa resistance for ticarcillin and ceftazidim, whereas Acinetobacter resistant to carbapenems and Enterobacteriacae ESBL significantly increased.

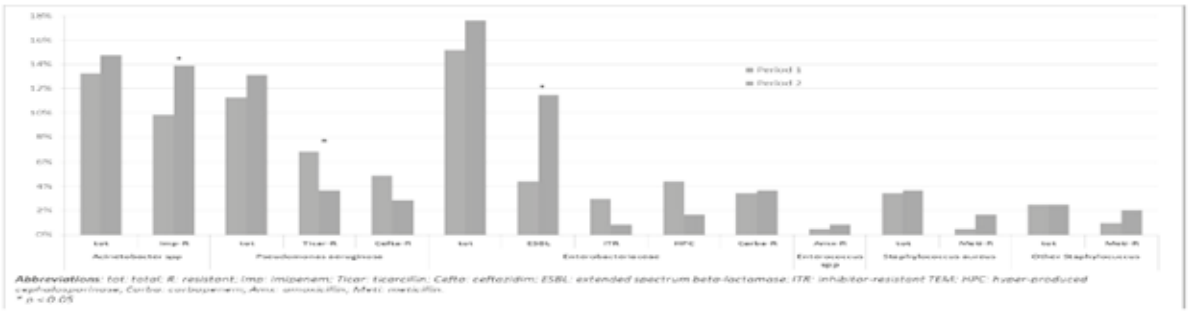


Figure 1: Micro-organisms density and resistance in the two periods of the study.

Conclusion: Our study suggests that transfer of ICU to the new buildings was associated with a decrease of Pseudomonas aeroginosa resistance, whereas Acinetobacter spp resistance and ESBL Enterobacteriacae incidence increased.

F.C03. Impact of the new sepsis definitions (sepsis 3) on diagnosis and prognosis in patients with septic conditions admitted to ICU.

Auteurs : Boukadida S, Ouanes I, Zorgati H, Nouira W, Ouni A, Tlili M, Bouker N, Hammouda Z, Hraiech K, Dachraoui F, Ouanes-Besbes L, Abroug F.

Service et Hôpital : *Service de Réanimation Polyvalente/ CHU Fattouma Bourguiba, Monastir, Tunisie.*

Introduction: The Sepsis-3 Criteria proposed recently new definitions including a change in the SOFA score, introduced qSOFA, removed the SIRS criteria, and emphasized on aserum lactate level>2 mmol/l in addition to fluid resuscitation and vasopressor use to diagnose septic shock (1) . The same task force recommended the use of the qSOFA score instead of SIRS criteria to identify patients at high risk of mortality. The aim of the present study is to compare new and old definitions in a cohort of patients admitted to our ICU with sepsis conditions and to assess prognostic value.

Methods: In a retrospectively collected database including consecutive patients admitted with septic condition between January 2015 and June 2017 in our ICU, we assessed diagnosis accuracy of the ACCP/SCCM Consensus definitions compared to sepsis 3 definitions, and we assessed the SOFA, qSOFA and lactates performances in predicting ICU mortality in our population. Statistics: Continuous variables are expressed in median and 25-75 percentiles IQR, and dichotomic parameters in number and percentage, and prognosis performances were tested with ROC curves.

Results: During the study period a total of 538 patients were admitted to the ICU, 125 among them with septic condition. Median age was 62 years (42-72), 79 (63.2%) were men, and main previous morbidities were chronic respiratory diseases in 52.8%, diabetes in 34.4% and hypertension in 35.2% . Respiratory tract infection was noted in 78 patients (62.4%) and infection was community acquired in 66.4%, 43 patients (34.4%) were intubated at ICU admission.

According to the old definitions, severe sepsis was retained in 79 patients (63.2%) and septic shock in 46 patients (36%), with median SOFA scores of 4 (2-5) and 10 (7-11.5) in patients with severe sepsis and septic shock. For patients with septic shock, 24.4% had no available initial lactates dosage, 20% had a lactate level ≤ 2 mmol/l and 55.6% a lactate level >2 mmol/l (defining septic shock according to sepsis 3 definition). Norepinephrine (as first vasopressor) and renal replacement therapy were used respectively in 95% and 28.3% of patients with septic shock. ICU mortality was 5.9% in patients with severe sepsis and 56.4% in patients with septic shock (p<0.001). Respective area under ROC curves of initial lactate level, qSOFA and SOFA scores, in discriminating ICU deceased patients were (0.62; 95% CI, 0.45-0.79; p=0.182), (0.80; 95% CI, 0.65-0.95; p=0.001) and (0.91; 95% CI, 0.83-0.99; p<0.001) (Fig 1).

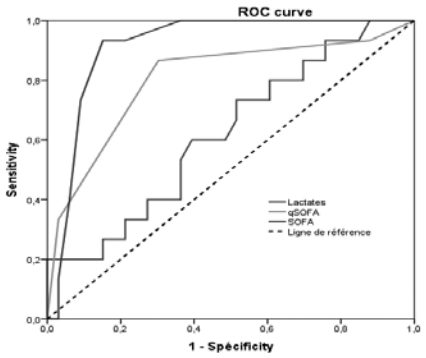


Figure 1: ROC curves of initial lactate level, qSOFA and SOFA scores

Conclusion: Near half of our patients were classified in septic shock without lactate dosage or with levels ≤ 2 mmol/l and SOFA score has good performance in predicting ICU mortality.

References:

1- Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA. 2016;315 (8):801-810.

F.C04. Sensitivity of qSOFA and SOFA score for critical illness among ED infected patients.

Auteurs : Ben Abdallah A, Jerbi N, Bouguila L,Sghaier R, Abdelhak L, Kerkeni W,Marghli S
Service et Hôpital : *Service des urgences. CHU Tahar Sfar Mahdia*

Background: We designed this study to assess the validity of the Sequential (sepsis-related) Organ Failure Assessment (SOFA) score of 2 points or more and quick SOFA (qSOFA) score≥2 for identifying ED infected patients with critical illness.

Methods: This prospective, observational study will be performed in the ED, 419-bed, university-affiliated tertiary care hospital. Adult patients will be included in this study if they had the following criteria: older than 18 years, present in our ED with infection probable or documented, are competent to give informed consent, and to be admitted to the hospital's service. Collected data includes age, sex, vital signs, origin of infection; the qSOFA and SOFA score, and outcome. The primary outcome is the incidence of a critical illness defined as a stay in the intensive care unit of 72 hours or longer or hospital mortality. The ability of SOFA ≥ 2 and qSOFA ≥ 2 in predicting critical illness was evaluated by determining the sensitivity, specificity, positive and negative predictive values, and the area under the Receiver Operating Characteristics (ROC) curves.

Results: We included 225 patients with a median age 68 years (25-75% IQR: 59-79) who were admitted for infection. Pulmonary and urinary tracts were the most frequently infection. The primary outcome and the mortality rate of the entire cohort were 27% and 12%. The frequency of patients with SOFA ≥ 2 and qSOFA≥ 2 were respectively 76% and 23%. The sensitivity of SOFA for predicting critical illness was 93% (95% confidence interval [CI],83% - 98%) and the area under the ROC curve was 0.78 (95% CI, 0.71 – 0.85). The sensitivity of qSOFA≥ 2 was 49% (95% CI, 36% - 62%) and the area under the ROC curve was 0.76 (95% CI, 0.69 – 0.83). There is no statistically significant difference in the area under the ROC curve between qSOFA and SOFA ≥ 2 (p = 0.12)..

Conclusion: Among encounters with suspected infection in ED, the predictive validity for mortality or a stay in the intensive care unit of 72 hours or longer for qSOFA was similar than SOFA, supporting its use as a prompt to consider possible sepsis

F.C05. Valeur prédictive de l'éosinopénie dans le diagnostic du sepsis

Auteurs : I. Trabelsi1*, A. Trifi1, F. Said2, H. Allouche1, HH. Doghri1, F. Daly1, Y. Touil1, R. Nasri1, S. Abdellatif1, MH Houman2, S. Ben Lakhal1
Service et Hôpital : *1. Réanimation médicale, CHU la Rabta, Tunis, Tunisie 2. Médecine interne, CHU la Rabta, Tunis, Tunisie*

Introduction : Le sepsis est défini par une défaillance multiviscérale menaçante suite à une réponse inadaptée de l'hôte contre une infection. Il s'agit d'une situation fréquente en réanimation et responsable d'une lourde morbi mortalité. Prédire la survenue du sepsis permettra sa prise en charge d'une manière précoce et adéquate. Dans ce sens, plusieurs marqueurs prédictifs ont été proposés. Certains ont été validés comme la C-Réactive protéine ou la procalcitonine. Mais leur utilisation a certaines limites comme le manque de spécificité ou le coût. L'éosinopénie a fait l'objet de plusieurs études afin de démontrer sa valeur prédictive et pronostique au cours du sepsis.

Objectif : Etudier la valeur prédictive de l'éosinopénie dans la survenue du sepsis chez une population hétérogène (malades de réanimation et de médecine interne).

Matériel et méthodes : une étude prospective bi-centrique évaluative qui a été effectuée dans les services de réanimation médicale et de médecine interne sur une période de 4 mois (mars- juin 2017). Tous les patients hospitalisés dans ces 2 services durant la période de l'étude étaient éligibles et ont bénéficié d'une numération formule sanguine (NFS) à l'admission. Une infection présente à l'admission était un critère d'exclusion. Le suivi prospectif de ces malades a permis d'identifier ceux qui ont développé une infection et son éventuelle évolution vers un état septique grave. Une éosinopénie a été définie par un taux circulant d'éosinophiles<100 el/mm3. Par la suite, l'intérêt de l'éosinopénie dans la prédiction du sepsis a été évalué par la courbe Receiver operating characteristic (ROC).

Résultats : On a inclus 128 malades (103 du service médecine interne et 25 du service réanimation médicale). L'âge moyen était de 51 ans et le sex ratio de 1,7. Chez les malades de réanimation: IGS II moyen=28±12, SOFA moyene=3.5, qSOFA à la suspicion du sepsis à 1.12. Vingt deux ont développé une infection dont 15 étaient bactériologiquement documentées. Seize ont évolué vers un état septique grave. L'origine la plus fréquente de l'infection était pulmonaire (37%), suivie par une origine urinaire (23%) et cérébro-méningée (19%). Le recours à la ventilation mécanique était signalé chez 11 malades (8.5%) et la mortalité observée était de 9 ,4%. L'éosinopénie était recensée chez 66 patients dont 11 ont présenté un sepsis. Parmi les 62 qui n'avaient pas d'éosinopénie, 57 n'ont pas présenté de sepsis. Ces résultats se traduisent par une sensibilité à 68%, une spécificité à 51%, une valeur prédictive positive à 17% et une valeur prédictive négative à 92%.

Conclusion: l'intérêt de l'éosinopénie dans le diagnostic d'un état septique réside dans sa bonne valeur prédictive négative à 92%. De larges séries sont nécessaires afin de prouver notre résultat.

F.C06. Profil moléculaire des entérobactéries productrices de carbapénémases chez les brulés

Auteurs : B. Maamar1, Y. Bourbiaa1, Z.Bouslah1, A. Messadi2, L .Thabet*1
Service et Hôpital : *1-Laboratoire de biologie médicale et banque du sang .2-Service de réanimation des brûlés Centre de Traumatologie et des Grands Brûlés. Tunisie*

Introduction: L'émergence des entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC) constitue un problème de santé publique mondial aboutissant parfois à des impasses thérapeutiques. La détection et l'identification précoce de ces souches sont d'une importance primordiale. Dans ce cadre, on a mené une étude prospective dans le centre de brûlés afin d'effectuer une analyse moléculaire et de déterminer le phénotype de résistance aux antibiotiques des entérobactéries à sensibilité diminuée aux carbapénèmes.

Matériel et méthodes: Entre janvier et juin 2017, nous avons recueilli toutes les entérobactéries à sensibilité diminuée aux carbapénèmes (52 sur 327). Nous avons retenues 39 souches (une souche par espèce et par malade) , sur lesquels nous avons testé la sensibilité d'une panoplie d' antibiotiques concernés, ainsi qu'une PCR en temps réel multiplex (type GeneXpert Carba-R de Cepheid) permettant de déceler les principaux gènes codant pour les carbapénèmases des entérobactéries (blaVIM, blaNDM, blaIMP, blaOxa48 et blaKPC). Les 39 souches retenues pour la détection moléculaires ont été faites de 22 Klebsiella pneumoniae, 11 Proteus mirabilis, 3 Klebsiella oxytoca, 1 Escherichia coli, 1 Enterobacter cloacae et 1 Providencia stuartii.

Résultats: Parmi les 39 bactéries choisies, 95% ont révélé des CMI de l'ertapénème supérieur à 1 mg/l alors que 30% uniquement ont montré des CMI de l'imipenème ≥ 8 mg/l. 28 bactéries (72%) ont exprimé le gène blaNDM. Le gène blaOXA-48 a été retrouvé chez 17 souches (44%) 6 souches ont été porteuses des deux gènes à la fois. Tous

les Proteus exprimaient le gène blaNDM. Les taux de résistance respectifs au cefotaxime, pipéracilline-tazobactam, aztreonam et amikacine ont été de 97%, 87%, 67% et 57%. Les molécules les plus actives ont été la colistine (en dehors du Proteus), la fosfomycine et la tigecycline avec une sensibilité de 98%, 65% et 63% respectivement.

Conclusion: La dissémination des EPC est un problème alarmant dans notre centre. La prédominance du gène blaNDM est rapportée pour la première fois chez le brûlé en Tunisie. L'isolement de ce gène de résistance chez Proteus mirabilis est particulièrement inquiétant. La mise en place de la détection des carbapénémases par GeneXpert a été instauré dans le centre avec tout un protocole de prévention.

F.C07. Performance of screening for multi-drug resistant bacteria in the prediction of nosocomial infections

Auteurs : MW. Mhajba1*, A. Trifi1, M. Zribi2, F. Daly1, Y. Touil1, R. Nasri1, S.Abdellatif1, C. Fandri2, S. Ben Lakhal1
Service et Hôpital : *1 Intensive care unit, La Rabta hospital, Tunis, Tunisia 2 Department of bacteriology, La Rabta hospital, Tunis, Tunisia*

Introduction: the nosocomial infection (NI) is the result of two key factors: the decrease of the immune defences of the patient and its colonization by pathogenic or potentially pathogenic bacteria. In the presence of signs of serious infection, the knowledge of multi- drug resistant (MDR) bacteria colonization should be included in the choice of empiric anti-infective therapy. We aimed to study the performance of MDR bacteria screening in the prediction of NI caused by these pathogens.

Patients and methods: a 4-month descriptive and analytical prospective study carried out in collaboration with the bacteriology department. All adult patients older than 18 years and hospitalized in our unit with a stay exceeding 48 hours were included. MDR bacteria screening consisted of performing a series of swabs on admission and renewed weekly. The sites were: nasal, cutaneous, rectal and urinary. Additional bacteriological samples were taken in presence of infectious signs. The group of true positives were those with a positive test (at least one MDR bacteria isolated in the series of samples) and having a documented NI to MDR bacteria.

Results: 112 screening tests were performed in 40 patients with a median age to 47 years, and 1.1 of sex ratio. 71 screening tests were positive isolating 142 MDR resulting in MDR bacteria colonized group (n=71) versus non MDR bacteria colonized group (n=41). The naso-pharyngeal was the most colonized site (57 MDR bacteria) followed by the rectal site (42). Overall, the isolates were: extended spectrum betalactamase productrice-Enterobacteria (43%), imipenem resistant-Acinetobacter baumanii (30%), and multi resistant-Pseudomonas aeroguinosa (19%). 50 NI were documented including 35 caused by MDR bacteria and distributed as follows: ventilator acquired pneumonia: VAP (n=19), bacteraemia (n = 6), VAP with bacteraemia (n=4), catheter related infection: CRI (n=3), CRI with VAP (n=2) and catheter-related bacteraemia: CRB (n=1). The performance of MDR bacteria-screening in predicting NI was poor with 71% of sensitivity, 58% of specificity, 41.5% of negative predictive value (NPV), and 83% of positive predictive value (PPV). Nevertheless, the performance of the nasal swab in the prediction of VAP was better with 85% of sensitivity and 92.3% of NPV.

Conclusion: MDR bacteria-screening is useful as it allows to identifying the MDR bacteria-carriers and helps for a rational use of antibiotics in severe NI. However, its diagnostic contribution in the occurrence of NI is poor except the interest of the nasal swab in the prediction of VAP owing to its good NPV.

F.C08. Instauration du suivi de la colonisation par les BGN producteurs de carbapénémases chez les brulés en Tunisie

Auteurs : Y.Bourbiaa1, A. Khaled 2, B.Maamar 1, I.Rahmani2, A. Messadi 2, L.Thabet*1
Service et Hôpital : *1- Laboratoire de Biologie Médicale. 2- Service de réanimation des grands brûlés, Ben Arous*

Introduction: Les brûlés constituent une population à risque aux infections à bactéries multrésistantes (BMR). Ces infections sont grevées d'un taux de mortalité élevée. La surveillance de l'émergence des BMR est impérative. Le but de ce travail a été d'instaurer le suivi de la colonisation digestive par les Bacilles à Gram négatif producteurs de carbapénémases (BGN-PC) chez les patients au service de réanimation des brûlés.

Méthodes: Notre étude a été transversale et menée sur une période de 06 mois (24/02/2017 - 24/08/17). Elle a porté sur des prélèvements rectaux effectués chez des brûlés afin de rechercher les BGN-PC. Une PCR en temps réel multiplex (type GeneXpert Carba-R de Cepheid) a été réalisée directement sur les écouvillonnages rectaux, permettant de déceler les principaux gènes codant pour les carbapénèmases: blaVIM, blaNDM, blaIMP, blaOxa48 et blaKPC. La

recherche de BMR par la culture classique sur les milieux chromogènes a été réalisée en parallèle. Ce dépistage a été systématique pour toute admission particulièrement lors d'un transfert d'un autre Hôpital.

Résultats et discussion: Durant la période d'étude, 44 patients ont bénéficié à l'admission d'un dépistage de carbapénémases par écouvillonnages rectaux. Aucun patient n'a eu de suivi hebdomadaire de la colonisation. 29 PCR ont été positifs soit 65.9% des cas. Parmi les patients ayant eu une PCR positive à l'admission, 22 ont été transférés d'un autre Hôpital soit 76% des cas, essentiellement les Hôpitaux du sud et un patient de Libye .L'étude du profil moléculaire des carbapénémases isolées a montré la prédominance d'un résultat positif aux 3 gènes blaVIM + blaNDM + blaOxa48 dans 14 cas soit 48.2%,5 cas ont été positif au gène : blaVIM (17.2%), 4 cas aux deux gènes blaVIM+blaNDM (13.8%), et 2 cas positive aux gènes blaVIM+ blaOxa48 (6.8%), 5 cas positive au gène blaVIM (17.2%) et 4 cas positive au gène blaNDM (13.8%). L'étude en parallèle de la recherche de BMR par la bactériologie classique a confirmé la présence de BGN résistants aux carbapénèmes dans les prélèvements positifs en PCR. La colonisation est fréquente chez ces patients. Elle est à la fois un facteur de risque, un facteur prédictif d'une bactériémie probable et une aide à la thérapeutique en attendant les résultats de la bactériologie classique lors d'une hémoculture positive.

Conclusion: 65.9% des patients explorés sont porteurs de carbapénémases. 76% de ces patients proviennent d›un transfert d›un autre Hôpital de la Tunisie. Cette étude a le mérite de décrire la dissémination des carbapénémases chez les brûlés et de tirer la sonnette d›alarme quand à leur diffusion. Ceci souligne d›une part le rôle d›une politique d›isolement lors de la prise en charge de ces patients transférés et d›autre part la nécessité de mettre en place une stratégie pour le contrôle de la dissémination de ces BMR.

F.C09. A study of ventilator associated pneumonia in a Tunisian medical ICU: incidence and risk factors

Auteurs : N. Fraj1, M.A. Boujelbèn1, N. Sma1, K. Meddeb1, J. Baroudi1, E. Ennouri1, W. Zarrougui1, H. Kallel1, A. Ben Abdelhafidh1, I. Ben Saida1, A. Azouzi1, A. Khedher1, J. Ayachi1, I. Chouchene1, M. Boussarsar1,2, A. Ammar3, A. Ben Cheikh3, H. Ghali3, O. Ezzi3,

Service et Hôpital : *1Farhat Hached University Hospital, Medical Intensive Care Unit, Sousse, Tunisia, 2Ibn Al Jazzar Faculty of Medicine, Research Laboratory N° LR14ES05 Interactions of the Cardiopulmonary System, Sousse, Tunisia, 3Farhat Hached University Hospital*

Background: Ventilator associated pneumonia (VAP) is a serious concern for patients in medical ICU. The risks to patients are significant and the monetary costs are considerable. It remains a major cause of hospital morbidity and mortality despite recent advances in diagnosis and accuracy of management. Objectives: To determine the rate and the risk factors of VAP in a Tunisian medical ICU.

Methods: A prospective study was conducted in an 8bed medical ICU during 18 months from September 15th, 2015 to march 15th, 2017. All patients who remained in our ICU more than 48H were included. VAPs were diagnosed based on American Thoracic Society criteria. Risk factors were analyzed by conditional stepwise logistic regression. P values of less than 0.05 were regarded as statistically significant.

Results: Among 258 included patients, 162(62.7%) were male with mean age 60±18years. Acute respiratory failure was the main cause of admission 191(74%). The mean SAPS II score at admission was 31.7±14. Mechanical ventilation was instituted in 223(87%) patients. 46(18%) patients developed VAP. VAP density incidence was at 14.5/1000. The most common microorganisms grown in the tracheal aspirates were: Acinetobacter baumannii 22(59.5%) and Pseudomonas aeruginosa 5(13.5%). Univariate analysis showed that: NIV failure (p=0.002), age (p=0.009), Charlson comorbidities index (p=0.033) and duration of sedation (p< 0.000) were associated to VAP. NIV as exclusive ventilatory support was considered a protective factor (p=0.001). Multivariate analysis identified the following independent risk factors for VAP : Duration of sedation (OR, 1.21; 95%CI, [1.06,1.37]; p=0.003) and NIV failure (OR, 3.76; 95%CI, [1.07,13.26]; p=0.0039).

Conclusion: The present study demonstrated a high densityincidence of VAP in a Tunisian MICU. Duration of sedation and NIV failure were the only independently associated factors to VAP occurrence.

F.C 10. Incidence and risk factors of central venous catheter associated infection in a Tunisian MICU

Auteurs: N. Fraj1, M.A. Boujelbèn1, J. Baroudi1, N. Sma1, E. Ennouri1, W. Zarrougui1, H. Kallel1, A. Ben Abdelhafidh1, I. Ben Saida1, A. Azouzi1, J. Ayachi1, I. Chouchene1, A. Khedher1, M. Boussarsar1,2

Service et Hôpital : *1Farhat Hached University Hospital, Medical Intensive Care Unit, Sousse, Tunisia, 2Ibn Al Jazzar Faculty of Medicine, Research Laboratory N° LR14ES05 Interactions of the Cardiopulmonary System, Sousse, Tunisia*

Background: The use of central venous catheters (CVCs) has greatly improved the quality of care in ICU patients, despite of its benefits, CVCs cause serious infectious complications leading to an increasing risk of Mortality. Aim: To determine the incidence of CVCAI and their risk factors among patients admitted in a Tunisian medical intensive care unit (MICU).

Methods : A prospective cohort study was conducted between September15th, 2015 and March 15th, 2017 in an 8 bed MICU were included all patients with more than 48H of ICU stay. CVCAI was defined according to the CDC of ATLANTA criteria. The diagnosis of CVCAI was based on clinical and/or laboratory signs/clues. For all subjects, age, sex, underlying diseases, SAPS II score, ICU length of stay, exposure to CVC (number of CVCsplaced, insertion site, insertion ward and insertion length) were collected. Risk factors were analyzed by conditional stepwise logistic regression. P values of less than 0.05 were regarded as statistically significant.

Results: Among 258 eligible patients, 180(69.9%) had a CVC. 35 patients (19.44%) contracted a CVCAI accounting for a total of 19.5/1000 CVCAI per CVCdays. Among these infections, 17(60.7%) were systemic CVCAI (with negative blood culture) and 10(35.7%) were bloodstream CVCAI. The mean SAPS II of patients who developed CVCAI was 32.8± 14.5, their mean Charlson comorbidities index was 2.1±1.9, the mean overall duration of catheterization per patient was 16.5±10.8 days and the mean CVC insertionlength was 5.4±4 days. Gram negative bacteria were found in 53.5% of CVCAI (n= 15) with MDRAcinetobacter baumannii as the commonest pathogen (n=7). Staphylococci were isolated in 3 cases. Mortality rate of CVCAI was 48.6% (n=17). Risk factors of CVCAI in the univariate analysis were: insertion site (p=0.19), an insertion ward distinct than ICU (p=0.18), a high Ramsay score (mean=4.9±1.2; p=0.013) and a long insertion length (mean=6.9±4.7; p=0.01). The introduction of these respective factors in a binary logistic regression model identified only a high Ramsay score (OR=1.61, CI95%[1.138,2.282], p=0.007) and a long insertion length (OR=1.11, CI95% [1.03,1.20], p=0.007) as independent risk factors of CVCAI.

Conclusion: In a monocenter cohort study, CVCAI had a high density and is associated with a poor outcome. A high Ramsay score and a long insertion length of CVC were the main independent risk factors associated to CVCAI.

F.C 11. Retentissement hémodynamique de l'Hémofiltration en ligne versus l' Hémofiltration conventionnelle chez les patients en état de choc septique

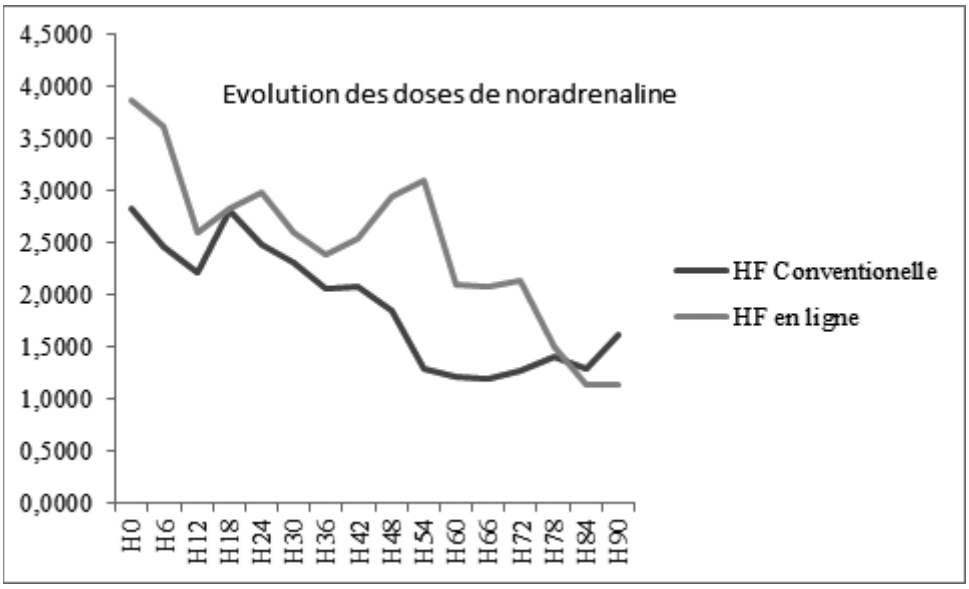
Auteurs : Sellami W, Hajjej Z, Dhifaoui K ,Yengui O, Labbene I, Ferjani M

Service et Hôpital : *Service d'anesthésie réanimation, LR12DN01, Hôpital Militaire de Tunis, TUNISIE*

Introduction: L'hémofiltration (HFC) reste la méthode de référence d'épuration extra rénale au cours du choc septique, mais reste couteuse surtout par le prix des poches de substitution. Ce liquide peut être fourni par la machine de dialyse 4008S en ligne directement à partir de l'eau traitée et de concentrés spécifiques (HFL). Le but de notre étude est d'évaluer la tolérance hémodynamique de l'HFL par rapport à la HFC chez les patients en état de choc septique.

Patients et méthodes: Etude prospective, randomisée, menée sur une période de 12 mois ayant inclue les patients de plus de 18 ans hospitalisés pour choc septique présentant une défaillance rénale aigue nécessitant une épuration extrarénale. Les patients ont été randomisés pour recevoir soit une HFC ou une HFL pendant 72h, sont exclus les décès précoce avant 48h ou incident technique avec arrêt prématuré de l'hémofiltration. Nous avons recueillies : les paramètres démographiques, IGS2, SOFA, PAM, FC, le débit cardiaque, les doses de catécholamines. Un bilan biologique sanguin a été effectué toutes les six heures (urée, ionogramme, calcémie, phosphorémie, Troponine Ic, Hémoglobine, Plaquettes, CRP et lactates). Un p est significatif si elle < 0,05.

Résultats: 84 patients inclus dont 69 sont retenus : (groupe HFL: n=39 et groupe HFC: n=30). L'évolution de la FC, de la PAM et des marquages biologiques était comparable entre les deux groupes au fil du temps, mis à part une diminution significative de la PAM dans le groupe HFL par rapport au groupe HFC à H36 (P = 0,01). L'évolution des doses de noradrénaline en fonction du temps selon la technique d'HF est similaire entre les deux groupes (figure n °1).



Conclusion: L'Hémofiltration en ligne, moins couteuse semble être une méthode efficace sur le plan métabolique et bien tolérée sur le plan hémodynamique comparativement à l'hémofiltration classique en cas de défaillance rénale au cours du choc septique.

F.C 12. Antibiothérapie probabiliste par Imipeneme/Colistine: caractéristiques et facteurs déterminant sa justesse

Auteurs : C. Abdennebi, A. Trifi, F. Daly, Y. Touil, R. Nasri, S. Abdellatif, S. Ben Lakhal
Service et Hôpital : *Réanimation médicale, CHU la Rabta, Tunis, Tunisie*

Introduction : L'infection nosocomiale (IN) à bactéries multirésistantes (BMR) représente un élément de gravité associé à une mortalité accrue. Dans nos structures, les bacilles gram négatif (BGN) prennent une place prépondérante parmi les BMR. Leur potentiel à acquérir des résistances aux antibiotiques ne cesse de s'accroitre. A l'heure actuelle, le choix thérapeutique présumé approprié comprend l'association carbapénèmes/polymyxines. L'intérêt de cette association réside essentiellement dans l'élargissement du spectre antibactérien notamment les BGN MR. Notre travail a pour but d'analyser les caractéristiques d'une prescription probabiliste à base d'imipenème-colistine et de déterminer les facteurs influant son caractère approprié versus inapproprié.

Patients et méthodes: étude de cohorte prospective observationnelle et évaluative sur une période de 3 ans (juin 2014 au juin 2017). On a inclus les patients hospitalisés d'au moins 48 heures chez qui une IN à BGN-MR était suspectée. Ils étaient alors mis sous une antibiothérapie probabiliste (AP) à base d'imipenème/ colistine. La sortie ou le décès dans les 72 heures suivant l'inclusion était un critère d'exclusion. Par la suite, ces patients étaient comparés en fonction de l'issue de l'AP en groupe AP appropriée (APA) versus non appropriée (APNA). Le caractère approprié ou non était basé sur les résultats bactériologiques et sur l'évolution clinique notamment des signes infectieux.

RESULTATS: une IN à BGN MR a été suspectée 79 fois et justifiant la prescription probabiliste d'imipenème/colistine, chez 70 patients. Les patients inclus avaient en moyenne un âge=53 ans, SOFA=5, un séjour avant l'introduction de l'AP de 6 jours, une antibiothérapie préalable dans 81% des cas et 97.5% étaient ventilés. En fonction des résultats bactériologiques et de l'évolution clinique et biologique, l'AP étudiée (n=79) a été jugée en APA (n=41) versus APNA (n=38). L'APNA a compris : adjonction d'autres antibiotiques ou antifongiques (n=22), modification par une autre classe d'anti microbiens (n=9) et désescalade (n=7). On a noté une prédominance de la PAVM (n=59) parmi les sites suspectés d'IN suivie par la bactériémie (13) et l'ILC (7). Les facteurs ayant un $p<0.2$ dans l'analyse uni variée étaient introduis dans l'analyse multi variée. La 1ère analyse a identifié un nombre de facteurs associés à l'APNA : l'âge >50 ans (p=0.18), SOFA>5 (p=0.076), IN acquise en réanimation (p=0.18), antécédent de pathologie cardiovasculaire (p=0.079), durée de séjour avant l'acquisition de l'IN>6jours (p=0.09) et une chirurgie récente (p=0.061). D'autres facteurs étaient associés à l'APA: IN acquise aux urgences (p=0.2), insuffisance respiratoire chronique (p=0.03), suspicion de PAVM (p=0.2). L'analyse multi variée a montré qu'une durée de séjour avant l'acquisition de l'IN>6 jours était liée à une APNA (OR=4.44, IC95% [1.06-20.4], p=0.05). Inversement, l'insuffisance respiratoire chronique était

un facteur associé à une APA (OR=0.26, IC95% [0.075-0.93], p=0.038). Ni la pré exposition aux antibiotiques, ni les corticoïdes, ni l'état de choc n'avaient de l'effet sur la justesse ou non de cette AP.

Conclusion: en cas de suspicion d'IN, une AP à base d'imipenème-colistine n'était approprié que dans 41/79 (52%) des cas. Une hospitalisation prolongée (> 6 jours) avant l'acquisition de l'IN était un facteur indépendant associé à une APNA. Ceci devrait inciter à reconsidérer les pathogènes autres que les BGN dans l'AP.

FACTEURS ASSOCIÉS À UNE ATB INAPPROPRIÉE : RÉSULTATS DE LA RÉGRESSION LOGISTIQUE

Facteurs étudiés	OR	IC 95%	p
Age>50 ans	2.4	0.67-8.51	0.17
SOFA>5	1.66	0.54-5.06	0.36
IN acquise en réanimation	0.61	0.10-3.64	0.61
IN acquise aux urgences	1.14	0.30-4.33	0.84
Insuffisance respiratoire chronique	0.26	0.075-0.93	0.038
ATCD Cardiovasculaires	1.42	0.43-4.67	0.56
IN suspecte: PAVM	0.6	0.19-1.94	0.40
Durée de séjour pré-acquisition de l'IN>6j	4.44	1.06-20.4	0.05
Chirurgie récente	1.69	0.37-7.66	0.49

SOFA: Sequential Organ Failure Assessment, IN: infection nosocomiale, IN: infection nosocomiale, ATCD: antecedents, PAVM: pneumopathie acquise sous ventilation mécanique

F.C13. Impact évolutif d'une antibiothérapie probabiliste en fonction de son caractère approprie versus inapproprié

Auteurs : C. Abdennebi, A. Trifi, Y. Touil, F. Daly, R. Nasri, S. Abdellatif, S. Ben Lakhal
Service et Hôpital : *Réanimation médicale, CHU la Rabta, Tunis, Tunisie*

Introduction: La propagation mondiale rapide des bactéries multi résistantes (BMR) et la perte de l'efficacité des antibiotiques augmentent le risque d'une antibiothérapie initiale inappropriée et menace le pronostic vital des patients. Dans nos structures, les bacilles gram négatif (BGN) de profil MR sont constamment en tête de liste des pathogènes en cause des infections nosocomiales (IN). La prescription d'imipenème/colistine représente alors le traitement de choix face à une IN grave. Bien que certaines études aient montré qu'une antibiothérapie initiale appropriée améliore le pronostic, d'autres n'ont pas détecté cette association. Objectif: Évaluer la relation entre une antibiothérapie probabiliste (AP) à base d'imipenème/colistine et l'évolution en fonction de son caractère approprié versus inapproprié.

Patients et méthodes: étude observationnelle évaluative, qui a inclus les patients hospitalisés pour un séjour>48H ayant reçu imipenème/colistine pour suspicion d'IN à BGN-MR. Durant une période de 3 ans ((juin 2014 - juin 2017), on a effectué un suivi prospectif de ces patients avec une collecte de données cliniques, biologiques et bactériologiques. Au terme du suivi, l'AP a été évaluée selon la documentation microbiologique et l'évolution des signes infectieux en AP appropriée (APA) versus AP non appropriée (APNA). Les critères de jugement étaient: délai de défervescence, délai de régression du syndrome inflammatoire biologique (SIB), besoins en vasopresseurs, éradication bactériologique, durée de séjour, durée de ventilation et mortalité à 30 jours.

Résultats: 70 patients étaient inclus et 79 suspicions d'IN à BGN MR étaient recensées justifiant l'AP par imipenème/colistine. Les caractéristiques cliniques étaient: âge=53 ans, SOFA=5, une provenance des urgences (58%) et 97.5% étaient ventilés. L'AP étudiée (n=79) a été jugée appropriée dans 52% des cas [APA (n=41) vs APNA (n=38)]. Le caractère inapproprié a concerné les situations suivantes: adjonction d'autres antibiotiques ou antifongiques (n=22), modification par une autre classe d'anti microbiens (n=9) et désescalade (n=7). Une APA était associée à: un délai de défervescence plus rapide (3.7 vs 7.66 H, p<10-3), un délai de régression de SIB plus rapide (9.6 vs 14 j, p=0.007) et un sevrage rapide vasopresseurs (5 vs 8 j, p=0.026). Le taux d'éradication bactériologique à J7 était meilleur avec le groupe APA sans écart significatif (41 vs 23%, p=0.12) et pas de différence à J14. Les durées de séjour et de ventilation étaient comparables entre les groupes APA vs APNA (15 vs 18j, p=0.5 et 22 vs 29j, p=0.37 respectivement). Cependant, elles étaient plus élevées avec les sous groupes où on a élargit ou modifiée l'AP. La mortalité était inférieure dans le groupe APA avec une différence proche de la significativité (32% vs 52%, p=0.071). L'analyse de survie à 30 j a montré que l'APA améliorait la survie à 30 jours (p=0.058). La régression logistique n'a pas objectivé un lien indépendant entre APA et la survie (OR=0.49, IC95% [0.16-1.52], p=0.21). Par ailleurs, elle a révélé que l'acquisition de l'IN en réanimation était un facteur indépendant lié à la mortalité (OR=2.02, IC95% [1.37-12.12], p=0.04).

On conclut qu'avec la prescription probabiliste d'imipenème/colistine, il est possible d'avoir un choix approprié dans 52% des cas. L'APNA était associé à un retard de défervescence, de régression du SIB et du sevrage en vasopresseurs. Un lien significatif entre APA et la survie n'a pas été mis en évidence.

Session Flash Communications 2

F.C 14. Évaluation échocardiographie- Doppler au cours du sevrage de la ventilation invasive

Auteurs : K. Ben Ismail*, A. Trifi, Y. Touil, F. Daly, I. Trabelsi, R. Nasri, S. Abdellatif, S. Ben Lakhal
Service et Hôpital : *Service de réanimation médicale, CHU La Rabta, Tunis, Tunisie*

Introduction: Le sevrage de la ventilation invasive est un cap déterminant dans l'évolution des patients de réanimation. Dépister les malades à risque d'échec est une étape fondamentale dans le processus de sevrage. Les objectifs de notre travail étaient d'étudier les modifications fonctionnelles et hémodynamiques du cœur au cours du sevrage, et d'identifier les indices prédictifs d'échec d'origine cardiovasculaire, moyennant l'échocardiographie-doppler transthoracique (ETT-doppler).

Méthodes: étude prospective descriptive et analytique sur six mois qui a inclus les patients ventilés pendant au moins 48H et considérés prêts pour le sevrage. L'ETT-doppler a été effectuée au bout de 30 mn de la modalité ventilation spontanée assistée par une aide inspiratoire et pression expiratoire positive (VS-AI-PEP) et de l'épreuve pièce-T. La fraction d'éjection ventriculaire gauche (FEVG), le débit cardiaque (DC), les vitesses maximales des ondes mitrales E et A et de l›onde tissulaire E' de l›anneau mitral latéral, le temps de décélération de l›onde E (TDE), la différence entre les durées de l'onde A pulmonaire et A mitrale [d (Ap-Am)], la vitesse de propagation du flux mitral (Vp FM) et E/Vp ont été mesurés et comparés entre le groupe succès du sevrage (n=31) versus échec (n=22) et entre les temps de sevrage : VS-AI-PEP (n=53) versus pièce-T (n=37). Les cavités droites et la veine cave inferieure (VCI) ont été aussi examinées.

Résultats: 53 patients ont été étudiés et 22 échecs ont été retenus (16 au cours de l'épreuve VS-AI-PEP et 6 au cours de l'épreuve pièce-T). La comparaison des paramètres ETT-doppler de base (VS-AI-PEP) a révélé que le groupe échec avait : une FEVG plus altérée (49 vs 62%, p=0.03), un TDE plus raccourci (154 vs 199 ms, p=0.01), un E/E' plus élevé (9.44 vs 7.07, p=0.04), une d (Ap-Am) plus élevée (27 vs 2.25 ms, p<10-3) et un E/Vp plus élevé (2.8 vs 1.2, p=0.009). Les fonctions VD et l'aspect VCI étaient similaires. Les changements détectés au cours de l'épreuve pièce-T sont listées sur le tableau joint. E/A>2, TDE<150 ms, E/E'>8, d(Am-Ap)>10 ms, E/Vp>2.5 étaient significativement associés à l'œdème aigu pulmonaire (OAP) de sevrage en univariée mais pas en régression logistique. Leur présence simultanée était considérablement liée à l'OAP de sevrage (OR =18.52, IC 95% [4.08-52], p=0.01).

Conclusion: L'ETT-doppler est d'un apport précieux dans le processus de sevrage; elle permet de détecter les changements fonctionnelles et hémodynamiques induites par les épreuves de VS et aide à identifier les patients à haut risque d'échec de sevrage d'origine cardiaque.

RÉSULTATS DES INDICES HÉMODYNAMIQUES ET ÉCHO CARDIOGRAPHIQUES AUX DEUX TEMPS D'ÉPREUVES : VS-AI-PEP ET PIÈCE EN T

	VS-AI-PEP (n=53)		Pièce en T (n=37)		p	
	succès	échec	succès	échec	succès	échec
FC (bat/mn), moy+DS	101+19	126+21	108+26	134+23	0.05	0.02
PAS (mm Hg), moy+DS	135+21	152+18	146+10	166+21	0.014	0.029
FEVG (%), moy+DS	62+7	49+10	64+5	48+13	0.12	0.33
VES (ml), moy+DS	74+24	69+28	75+17	68+21	0.78	0.8
DC (l/mn), moy+DS	6.5+2.9	6.8+2.5	6.9+1.8	7.1+2	0.009	0.01
E/A, moy+DS	1.40+0.57	1.61+0.72	1.42+0.46	1.64+0.7	0.14	0.08
TDE (ms), moy+DS	199+73	154+57	198+66	133+53	0.5	<10-3
E/E', moy+DS	7.07+3.5	9.44+4.8	6.8+4	12.8+4.5	0.65	0.007
d (Ap-Am) (ms), moy [min-max]	2.25 [-20-17]	27 [15-42]	6.7 [-14-9]	48 [19-66]	0.22	0.001
Vp FM (cm/s), moy+DS	55+16	46+13	54+9	43+15	0.9	0.18
E/Vp FM, moy+DS	1.2+0.5	2.8+0.6	1.4+0.8	3.2+0.5	0.17	0.025
IC de la VCI (%), moy+DS	17+13	14+11	16+8	13+6	0.82	0.16
PAPS, moy+DS	35+10	43+7	34+2	45+5	0.33	0.12

VS : ventilation spontanée, AI aide inspiratoire, PEP : pression expiratoire positive, FC :fréquence cardiaque, PAS : pression artérielle systolique, FEVG : fraction d'éjection du ventricule gauche, VES : volume d'éjection systolique, DC :débit cardiaque, E/A : Rapport entre pic de vélocité diastolique précoce (E) et tardive (A) ,TDE: temps de décélération de l'onde E , E/E' : pic de vitesse diastolique précoce (E) divisé par la vitesse maximale de l'anneau mitral en début de diastole (E'), d(Ap-Am) : différence entre les durées de l'onde A pulmonaire et A mitrale, VpFM : vitesse de propagation du flux mitral , E/VpFM : pic de vitesse diastolique précoce (E) divisé par la vitesse de propagation du flux mitral ,IC de la VCI: index de collapsibilité veine cave inférieure, PAPS :pression de l'artère pulmonaire systolique.

F.C 15. Thrombolyse pré-hospitalière du syndrome coronarien aigu ST+ du sujet âgé : Expérience du SMUR Nabeul

Auteurs : N.B Kahla*, B.Korbsi, M.Bayar, S.Marzougui, N.Ridene, E.Neffati, A.Khelil
Service et Hôpital : *Service des Urgences-SMUR CHU Maamouri Nabeul Tunisie.*

Introduction : L'âge est le facteur pronostique le plus déterminant dans le syndrome coronarien aigu (SCA), il représente la première cause de morbidi-mortalité chez le sujet âgé. Malgré l'amélioration de la prise en charge de l'IDM, le pronostic de cette maladie ne cesse de s'améliorer particulièrement chez la population âgée de moins de 65 ans, mais les études montrer une sous-utilisation des moyens de reperfusion après cet âge. Le but de notre travail est d'étudier les particularités épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques du SCA ST+ du sujet âgé.

Patients et méthodes : Etude rétrospective s'étalant sur 5 ans, portant sur 76 patients présentant un syndrome coronarien aigu avec sus décalage persistant du segment ST (SCA ST+), pris en charge par l'équipe de SMUR de Nabeul et ne présentant pas une contre indication à la thrombolyse.

Résultats : L'âge moyen de nos patients a été de 68,33±10,5 ans, avec une nette prédominance masculine. Les facteurs de risque cardio-vasculaire les plus fréquents ont été le tabac (68,42%), l'HTA (44,74%) et la dyslipidémie (13,16%). La moyenne de la glycémie a été de 1,9 ± 0,85 g/l. 89,48% de nos patients ont été classés Killip I. Les IDM inférieurs ont été les plus fréquents dans 63,16%. L'atteinte d'un seul territoire a été souvent observée dans 86,84%. Plus que la moitié de nos interventions ont été au cours de la journée. Le délai moyen entre l'apparition de la douleur thoracique et la thrombolyse a été de 298,7±182 minutes. Le taux d'échec de la thrombolyse a été de 39,47%. L'évolution a été marqué par la survenue de quelque complications essentiellement l'IVG dans 23,68% des cas et la récidive angineuse dans 18,42%. Les facteurs prédictifs d'échec de la thrombolyse ont été : un âge supérieur à 75 ans (p<0,001), un tabagisme actif (p<0,001) et une hyperglycémie à la phase initiale de l'IDM (p<0,001).

Conclusions : L'innocuité et l'efficacité de la reperfusion, particulièrement la thrombolyse, chez les personnes âgées (plus de 65 ans) reste un sujet d'investigation dans les années à venir. Le taux élevé de choc cardiogénique, de rupture de myocarde et le décès chez la personne âgée rend difficile de rattacher ces événements à l'ischémie ou au vieillissement du cœur.

F.C 16. Acute Pulmonary Embolism: which prognosis model can predict better the 30-day mortality?

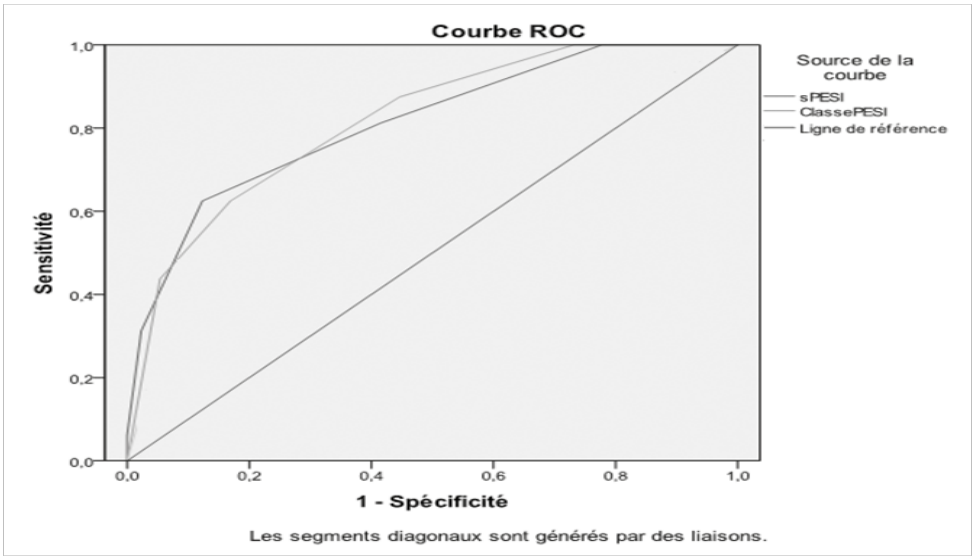
Auteurs: S.Betbout, E.Mili, M.Khemili, F.Hafi, B.Zbidi H.Barketi, K.Chaabani, G.Barkallah, S.Chaari, K.Ben Ayed, M.Bdioui, L.Stambouli, F.Ben Salem, M.Gahbiche
Service et Hôpital : *Anesthésie réanimation, EPS Fattouma Bourguiba Monastir, Monastir, Tunisie*

Background: Various risk stratification system has been used to predict the clinical outcome of patients with acute pulmonary embolism (PE). The present study aimed to evaluate two risk stratification models: the original Pulmonary Embolism Severity Index (PESI) and the simplified PESI (s-PESI) in the prediction of 30-day mortality of affected patients admitted in critical care unit.

Patients and Methods: This retrospective study was performed using data from patients' files and who were admitted in surgical and heart intensive care units between January 2000 and December 2009. Any subjects with missing data required to calculate either the PESI, or s-PESI were excluded. The original PESI consists of 11 predictors and the s-PESI includes only 6 variables. We dichotomized patients as low vs high risk in both scores: PESI risk classes I-II (low risk) vs III-V as high risk and s-PESI scores 0 (low risk) vs = 1as high risk. We compared 30-day mortality in low risk vs high risk patients and the areas under the Receiver operating characteristic curve (ROC). The score is a good tool to predict outcome when AUC is above 0.7. Correlations between death/survival at 30-day and PESI vs s-PESI scores were calculated. all statistical analysis were computed with SPSS System 18.0 Windows.

Results: we respectively analysed 146 PE patients (58 ± 18 years of age; 56,2% female) from January 2000 to December 2009, using data from files of patients admitted in surgical and heart intensive care units of teaching university hospital. The areas under the Receiver-operating characteristic curves were 0,83 (95% confidence interval (CI): 0,713-0,921; p=0.000) for the PESI and 0,812 (95% CI: 0,697-0,927; p=0.000) for the s-PESI.

Conclusion: Both scores PESI and s-PESI can be used to predict PE 30-day mortality in affected patients admitted in intensive care units. Hence, the s-PESI seems to be more practical for the clinician since it contains six variables and can be calculated more easily than the original.



F.C17. Impact de la pression veineuse centrale sur la mortalité des patients admis pour état de choc

Auteurs : M.Lahmer*, O.Jaoued, H.Ben Sik Ali, N.Tilouche, R.Ghabi, M.Fekih Hassen, S.Elatrous
Service et Hôpital : *Réanimation Médicale EPS Tahar Sfar Mahdia*

Introduction : Une pression veineuse centrale (PVC) entre 8 et 12 mmHg faisait partie des objectifs de la prise en charge des patients en état de choc septique. L'impact d'une PVC élevée sur la mortalité en cas de choc cardiogénique pourrait être péjoratif a cause d'une congestion viscérale. Par ailleurs, la valeur seuil de LA PVC reste controversée. Objectif : Déterminer l'impact d'une PVC >10.5 mmHg sur la mortalité des patients admis pour état de choc (EDC).

Matériels et méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée au service de réanimation médicale de l'hôpital EPS Taher Sfar de Mahdia incluant tous les patients admis pour EDC et ayant une mesure de la PVC à l'admission. Deux groupes ont été individualisés : Groupe (G1) : PVC élevée> 10.5 et Groupe (G2) : PVC basse ≤ 10.5. Le seuil de PVC a été choisi selon les données de la littérature. Les paramètres recueillis étaient : les caractéristiques démographiques, les comorbidités, le score de gravité SAPSII, le mécanisme de l'état de choc, la PVC à l'admission, le recours à la ventilation mécanique (VM), la durée de séjour et la mortalité.

Résultats : Durant la période de l'étude 62 patients (âge moyen 63±15 ans, et SAPSII moyen de 54±16) étaient inclus. Le choc cardiogénique était le mécanisme le plus fréquent des états de choc (55%). La VM était instaurée à l'admission chez 89% des patients. La moyenne de la PVC à l'admission était de 10±5 mmHg. La mortalité globale était de 47%. Trente quatre patients avaient une PVC ≤10.5 à l'admission. Une PVC≤ 10.5 était observée plus fréquemment chez les patients admis pour EDC septique alors qu'une PVC>10.5 était plus fréquente chez les patients admis pour EDC cardiogénique. Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes des patients avec ou non une PVC <10.5 .Concernant les scores de gravité, la durée de VM et la durée de séjours. La mortalité était de 53% dans le groupe G1 versus 39% dans le groupe G2 avec p=0.28. Le débit cardiaque était similaire entre les deux groupes. En analyse multivariée aucun facteur n'était associé à la mortalité.

Conclusion : Une surmortalité était observée chez les patients en état de choc avec une PVC > 10.5. Ce résultat peut être expliqué par la prédominance des états de choc cardiogénique.

F.C 18. Errors in preparation and administration of medication in a Tunisian teaching hospital medical ICU: an evaluation of professional practices (EPP) study

Auteurs : A. Khedher1, M.A. Boujelbèn1, W. Zarrougui1, J. Ayachi1, N. Fraj1, E. Ennouri1, H. Kallel1, A. Ben Abdelhafidh1, I. Ben Saida1, A. Azouzi1, I. Chouchene1, M. Boussarsar1,2, H. Fares3, G. Belhabib3, O. Gloulou3, N. Chouchen3

Service et Hôpital : *1Farhat Hached University Hospital, Medical Intensive Care Unit, Sousse, Tunisia, 2Ibn Al Jazzar Faculty of Medicine, Research Laboratory N° LR14ES05 Interactions of the Cardio-pulmonary System, Sousse, Tunisia, 3Farhat Hached University Hospital, Depart*

Introduction: The preparation and administration of drugs are a series of complicated technical skills especially in critical care. Hence, errors are particularly prevalent during this process. The consequences of such errors vary from relatively harmless to lethal. Aims: To determine the frequency, typology and impact of medication's administration and preparation errors in a medical ICU.

Methods: An EPP study was conducted in an 8-bed tertiary medical ICU. Data were collected by a trained pharmacist observer who directly accompanied nurses during intravenous (IV) or per os (P.O.) drug rounds between October and December 2015. Details of the process of preparation and administration of the selected drugs were compared to an informed checklist which was based on reference books and manufacturers´ instructions. The medication errors were classified according to the stage of the medication process and the impact categorized according to the National Coordinating Council for Medication Errors Reporting and Prevention (NCC MERP) taxonomy.

Results: 76 patients were managed within the 3 months study period. A total of 25 drugs (20 IV and 5 P.O.) were selected for this study. Were inspected 610 preparations and administrations. Of those, 96(15.7%) errors were identified: 75(78.1%) in the preparation process and 21(21.8%) in the administration process. IV antibiotics were involved in the highest rate of error 54(54.2%) followed by the cardiovascular drugs 12(12.5%). The most common errors in the preparation process were: wrong amount of dilution for 39% of the selected IV drugs, crushing problem for 100% of the P.O. drugs and not inspecting for expiration date for 52% of all the drugs. The most frequent errors in the administration stage were wrong time (12%) and incorrect administering rhythm (27%). For respectively 64% and 16% of the screened drugs, the errors were categorized as resulting in the need for increased patient monitoring but no patient harm and as an error reaching the patient but did not cause patient harm.

Conclusion: This study shows that there are more medication errors in the preparation than in the administration stage. This could have important implications for critically ill patients safety. Further educational activities, epidemiological knowledge, detection of errors, and improvements in performance are needed to reduce the risk of medication errors.

F.C 19. Les troubles du rythme et variation de la pression artérielle chez les médecins de garde en unité de soins intensifs

Auteurs: F.Ferhi, S.Maaref*, N.Chrigui, M.Khedher, A.Gharbi, B.Assidi, K.Ghardabou, MA.Bousselema, K.Tarmiz, K.Benjezia.

Service et Hôpital: *Service d'Anesthésie-réanimation, CHU, Sousse.*

Introduction : L'organisation du travail au sein de l'unité de soins intensifs, par les heures fixes de travail quotidien d'une part et par le travail additionnel d'autre part pendant les gardes où le résident est appelé à assurer 24 heures de travail continu, mérite une attention particulière. L'objectif de cette étude est d'évaluer les effets de 24 heures de garde en réanimation par la variation de la pression artérielle, la fréquence cardiaque et les modifications sur l'électrocardiogramme.

Moyens et méthodes : 45 réanimateurs sans antécédents pathologiques notables exerçant dans 3 centres hospitaliers universitaires ont été inclus dans cette étude .Le risque cardiovasculaire, le style de vie, les conflits, les situations de stress, le déficit en heures de sommeil, et la considération du rythme circadien ont été évalué pendant les 24 heures de garde.

Résultats : La moyenne d'âge était de 29.8 ans (intervalle de 28 à 31). Le sexe ratio était de 1.8/1. Sur 24 heures d'électrocardiogramme, on a noté un taux plus élevé d'extrasystole ventriculaire pendant les premières heures du matin dont la fréquence augmente puis diminue en fin de garde. Les anomalies les plus observées étaient : tachycardie sinusale, bradycardie sinusale, extrasystole auriculaire, tachycardie supra ventriculaire et les extrasystoles ventriculaires. Le monitorage de la pression artérielle a révélé l'augmentation de la pression diastolique tout le long des 24 heures de garde .L'augmentation de la pression systolique (sup 125 mm Hg) a été observé dans 55% durant

les heures du sommeil. La fréquence d'arythmie et la variabilité de la pression artérielle étaient associées au stress et conflit au cours du travail.

Conclusion : Notre résultat souligne l'incidence des troubles du rythme et la variabilité de la pression artérielle comme étant probablement une réponse neuroendocrinienne au stress.

F.C20. Détresse psychologique des patients de réanimation : reconnaitre pour agir.

Auteurs : N.Foudhaili*, S.Mahdhaoui, A.M'rad, M.Fatnassi, M.Bachrouch, S.Ben Hamida, N.Brahmi
Service et Hôpital : *Service de réanimation polyvalente et de toxicologie, Centre Mahmoud Yaâcoub d'assistance médicale urgente de Tunis*

Introduction : Bien que la détresse psychologique chez les patients hospitalisés de réanimation soit un important facteur pronostique, elle est souvent méconnue et négligée par le personnel soignant. Le but de ce travail est de quantifier et d'identifier les facteurs de stress physique et psychique que subissent les malades en milieu de réanimation.

Méthodes : Il s'agissait d'une enquête menée prospectivement auprès des patients admis en réanimation et portant principalement sur items qui sont la douleur, les stimuli sensorielles, l'inconfort, l'environnement relationnel et l'environnement matériel.

Résultats : Nous avons interrogé 23 patients dont 20 femmes et 3 hommes, d'âge médian de 21 ans [16; 39]. Ces patients étaient intubés et avaient eu recours à la ventilation mécanique dans 19 cas (82%). La durée d'hospitalisation médiane était de 48 h [24; 120]. La plupart des patients (n=21; 91%) ont rapporté au moins un facteur de stress, avec un nombre moyen rapportés de 6±5 facteurs par patients [2-15]. Le nombre de facteurs de stress était significativement plus élevé chez les patients ventilés (p=0.009). Les principales sources de stress identifiées étaient la douleur (n=18, 78%), les stimuli sensoriels (n=18, 78%), l'environnement relationnel (n=17, 74%), l'inconfort (n=12, 52%) et l'environnement matériel immédiat (n=9, 39%). Les motifs précis de stress les plus fréquemment rapportés étaient la douleur liée aux actes diagnostiques et thérapeutiques (n=18, 78%) essentiellement due à la sonde d'intubation trachéale (n=7, 30%) et aux prélèvements sanguins (n= 3), le bruit des machines (n=16, 69%), la sensation de soif et de faim (n=7, 30%), l'absence d'information (n=6, 26%), la désorientation (n=6, 26%), le manque de sommeil (n=6, 26%) et d'intimité (n=6, 26%) et la gêne due au lit de réanimation (n=5, 22%).

Conclusion : Le stress psychologique et physique subi par les patients en réanimation est fréquent et les facteurs qui lui sont associés sont pour la plupart contrôlables. Les principaux domaines d'action sont le contrôle efficace de la douleur, la limitation du niveau sonore, l'information et l'orientation, l'amélioration de la qualité du sommeil ainsi que le confort des patients. Le contrôle de ces facteurs doit avoir le même degré d'importance que les autres procédures thérapeutiques entreprises au profit des malades.

F.C21. Etat de stress post-traumatique au décours d'un séjour en réanimation : prévalence et facteurs de risque associés.

Auteurs : N.Foudhaili*,S.Mahdhaoui, A.M'rad, M.Bargouth, M.Fatnassi, S.Ben Hamida, N.Brahmi
Service et Hôpital : *Service de réanimation polyvalente et de toxicologie, Centre Mahmoud Yaâcoub d'assistance médicale urgente de Tunis*

Introduction : L'état de stress post-traumatique (ESPT) est un trouble psychiatrique qui peut affecter de façon importante la qualité de vie des malades après leur séjour en réanimation. Le but de ce travail était de déterminer la prévalence de l'ESPT et d'identifier les facteurs de risque qui lui sont associés.

Méthodes : Nous avons mené une enquête téléphonique auprès d'un groupe de patients admis en réanimation pour intoxication au chloralose durant la période allant de janvier à juin 2017. Pour le diagnostic d'ESPT, nous avons utilisé l'échelle « Post traumatic stress disorder check list scale ».

Résultats : Nous avons interrogé 55 patients. Le délai médian d'appel était de 6 mois [5; 8]. La population était constituée de 21 hommes et de 34 femmes d'âge moyen de 27±10 ans (14-52). Des antécédents psychiatriques ont été notés chez 11 patients (20%). La dose supposée ingérée médiane de chloralose était de 3g [2; 4]. Le délai médian d'admission était de 3 h [2; 5]. Le GCS initial médian était de 6 [3; 8]. La durée d'hospitalisation médiane était de 23 heures [17; 44]. Le midazolam était utilisé chez 37 patients (67%), le propofol chez 20 patients (36%), le fentanyl chez 11 patients (20%) et le rémifentanil chez 4 patients. La durée moyenne de ventilation mécanique était de 12±4 heures (6-19). Au cours du séjour, une fièvre a été notée chez 10 patients (18%). L'anémie était l'anomalie biologique la plus fréquente (n=6, 11%). La prévalence de l'ESPT dans cette population était de 29%. Son délai de

survenue médian était de 3 mois [2; 6] après la sortie de la réanimation. Les facteurs de risques identifiés étaient le sexe féminin, la dose supposée ingérée de chloralose > 4 g, le GCS initial < 6 et l'utilisation de rémifentanil.

Conclusion : La prévalence de l'ESPT au décours d'un séjour en réanimation même de courte durée parait élevée. Un suivie psychiatrique régulier des malades à risque s'avère nécessaire.

F.C22. Prédiction de la mortalité du coma non traumatique en réanimation

Auteurs : F. Daly, I. Trabelsi, A. Trifi, H. Doghri, Y. Touil, R. Nasri, S. Abdellatif, S. Ben Lakhal
Service et Hôpital : *Service de réanimation médicale du CHU La Rabta de Tunis*

Introduction : Les scores de gravité ou pronostiques ont pour but, d'une façon générale, d'évaluer la probabilité de survenue d'un événement ultérieur. La pertinence de ces derniers dépend de plusieurs paramètres dont le diagnostic. L'objectif principal de notre étude était de comparer le pouvoir de l'Indice de Gravité Simplifié II (IGS II) et l'Acute Physiology and Chronic Health EvaluationScore (APACHE II), l'indice de comorbidité de Charlson, le score de Glasgow (GCS) et le SOFA score dans la prédiction de la mortalité du coma non traumatique (CNT) en réanimation.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude rétrospective et monocentrique, menée sur deux ans dans le service de réanimation médicale du CHU La Rabta de Tunis. Tous les patients admis pour un CNT avec un GCS ≤ à 10 ont été inclus. Ont été calculés à l'admission l'index de cormobidité de Charlson et à H24 les scores IGS II et APACHE II. Ont été relevés par ailleurs, le GCS et le SOFA score au moment de la prise en charge du CNT. L'étude du pouvoir de prédiction de la mortalité était effectuée par l'analyse des aires sous la courbe (ASC) de la courbe ROC.

Résultats : Quatre-vingt-quatre patients ont été inclus. L'âge moyen était de 45,5 ans (±16,9) et le sexe-ratio était de 1,3. Au moins un antécédent était présent chez 57 patients (68%) dont le plus fréquent était l'HTA (19%). L'indice de comorbidité de Charlson était au moins égal à 1 chez 36 patients (43%). L'IGS II moyen à l'admission était de 38,4 (14,6) et l'APACHE II était de 14 (5,6). Le GCS au moment du diagnostic de coma était de 5,7 (±3,3). Dans 99% des cas, les patients présentaient au moins une autre défaillance avec un SOFA score de 3 (2-7). L'étiologie du coma était une infection du système nerveux central dans 33,3% des cas. La mortalité observée était de 42%. L'analyse par la courbe ROC est représentée dans les figures 1 et 2. Les différentes caractéristiques de ces scores ont été notées dans le tableau.

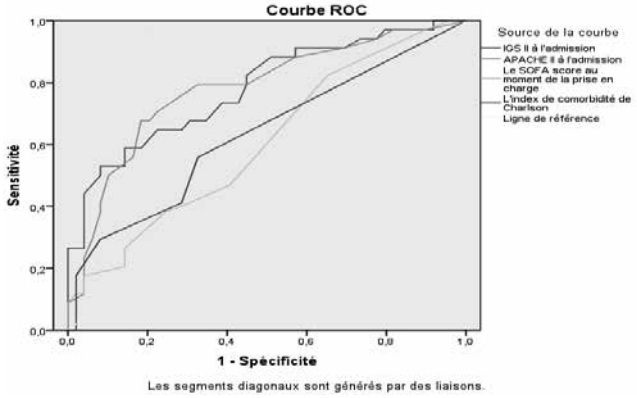


Figure 1 : Les courbes ROC comparant la performance de l'IGS II, l'APACHE II, le SOFA score et l'index de comorbidité de Charlson dans la prédiction de la mortalité du CNT.

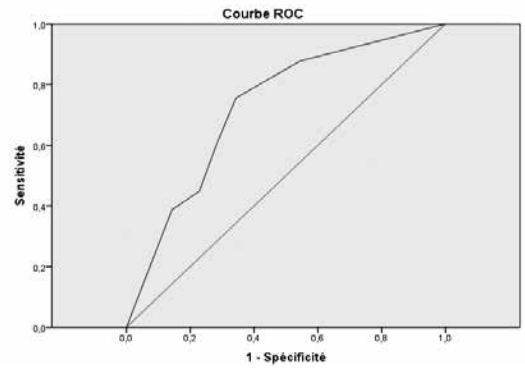


Figure 2 : La courbe ROC montrant la performance du GCS dans la prédiction de la mortalité des CNT en réanimation

LES CARACTÉRISTIQUES DES DIFFÉRENTS SCORES ÉTUDIÉS DANS LA PRÉDICTION DE LA MORTALITÉ DU CNT EN RÉANIMATION.

Les scores	ASC (±ET)	p	IC 95%	Cut-off	Sens	Spc
APACHE II à l'adm	0,743 (±0,059)	< 10	[0,627,0,860]	15	63,6%	81 ,6%
IGS II à l'adm	0,739 (±0,059)	< 10	[0,624,0,855]	47	51,4%	91,8%
GCS à la PEC	0,700 (±0,058)	0,002	[0,587,0,813]	4	57,1%	78,8%
Index de Charlson	0,631 (±0,063)	0,043	[0,507,0,756]	6	75,5%	75,7%
SOFA à la PEC	0,606 (±0,063)	0,103	[0,483,0,729]	-	-	-

Conclusions : Malgré leurs caractères généralistes, les scores APACHE II et IGS II présentent le meilleur pouvoir prédictif de la mortalité des patients admis pour un CNT en réanimation.

F.C23. Clinical characteristics and outcomes of toxic epidermal necrolysis in a Tunisian tertiary critical care unit (ICU)

Auteurs: I. Ben Saida1, W.Zarrougui1, E. Ennouri1, N.Sma1, N.fraj1, S.Kortli1, N.Fathallah3, M. Boussarsar1,2

Service et Hôpital : *1Farhat Hached University Hospital, Medical Intensive Care Unit, Sousse, Tunisia, 2Ibn Al Jazzar Faculty of Medicine, Research Laboratory N° LR14ES05 Interactions of the Cardiopulmonary System, Sousse, Tunisia, 3Farhat Hached University Hospital*

Background : Toxic epidermal necrolysis (TEN) is a rare, potentially life threatening mucocutaneous disease characterized by widespread epidermal necrosis and mucosal involvement. Purpose : To determine epidemiological, clinical and therapeutic characteristics and outcomes of patients admitted to ICU with a diagnosis of TEN.

Methods : A retrospective study was performed in the ICU of Farhat Hached teaching hospital of Sousse between January 1995 and September 2017. Data were collected by reviewing the medical patients' charts.Clinical characteristics, causative drugs, treatment and outcomes were retrospectively recorded. A multivariate regression analysis was used to identify risk factors for ICU mortality in those patients. All data were analyzed using an SPSS statistical software package.

Results : A total of 27patients were recorded. Mean age was 43 years (range, 17 to 76) .19(70.4%) were male and 8(29.6%) were female. 17 (63%) patients were referred from dermatology department. Median of CHARLSON index was 1 [0-4]. Mean SAPS II was 29.59±16. The average affected skin area was 50.5 ± 28.95% of total body surface area (TBSA). Mucous membrane involvement was seen in the mouth or pharynx (21, 77.8%), eye (18, 66.7%) and genital area (15, 55.6%). NIKOLSKY sign was positive in 25 patients. The most common drugs that triggered TEN were antibiotics (8/27, 29.62%), allopurinol (6/27, 22.22%), anticonvulsants (5/27, 18.51%), non-steroidal anti-inflammatory drugs (3/27, 11.11%), and antipsychotic drugs (1/27, 3.7%). The average intervals between the first drug intake and the onset of symptoms were 18 days. The average time to transfer to ICU was of 15 days. 6 patients (22.2%) required mechanical ventilation, 7 (25.9%) vasoactive drugs and 2 (7.4%) renal replacement therapy. Only 3 patients (11.1%) were treated with IV corticosteroids. The major complications were acute renal failure (51.9%) and sepsis (29.6%). The admission duration was 9.55± 7.65 days. The mortality rate was 40.6%. This rate was much higher than predicted mortality according to a severity-of-illness scoring system for TEN prognosis (SCORTEN) score. In univariate analysis, predictors of fatal outcome were: invasive mechanical ventilation (p=0.0.27), vasoactive drugs (p=0.026), acute renal failure (p=0,012), age (p=0.042) and CHARLSON index (p=0.01). Acute renal failure was the only independent factor of ICU mortality (OR, 19.8; 95%CI, [1.94- 201.62]; p=0.012). Conclusion : TEN is a severe mucocutaneous reaction, associated with high morbidity and mortality. The present study demonstrated a severe prognosis in TEN patients. Acute renal failure was identified as the sole independent factor associated to mortality.

F.C24. Intoxication aiguë volontaire aux insulines : étude de la corrélation entre la dose injectée et l'évolution des malades.

Auteurs : N.Foudhaili*, A.M'rad, S.Mahdhaoui, M.Bargouth, S.Ben Hamida, N.Brahmi

Service et Hôpital : *Service de réanimation polyvalente et de toxicologie, Centre Mahmoud Yaâcoub d'assistance médicale urgente de Tunis*

Introduction : L'intoxication aiguë volontaire aux insulines est de plus en plus fréquente en Tunisie. La dose cumulée d'insuline injectée semble être le facteur pronostique le plus déterminant. Cependant, une grande variabilité inter et intra-individuelle de l'effet hypoglycémiant est rapportée dans la littérature. Le but de ce travail était d'étudier la corrélation entre la dose d'insuline injectée et la sévérité de l'intoxication.

Méthodes : Étude rétrospective menée sur 4 ans incluant tous les patients hospitalisés pour intoxication aigüe volontaire aux insulines. Nous avons étudié la corrélation entre la dose d'insuline injectée et la sévérité de l'intoxication mesurée par les besoins en glucose (dose totale et durée de perfusion) ainsi que par la durée d'hospitalisation aussi bien pour l'insuline rapide que l'insuline lente.

Résultats : Nous avons inclus 51 patients (19 hommes et 32 femmes) âgés de 30±10 ans et dont 50% était diabétiques. L'insuline lente (IL) était prédominante (67%) par rapport à l'insuline rapide (IR) (33%). Pour l'IR, la dose médiane injectée était de 555 UI [235; 925]. La dose totale moyenne de glucose administrée par voie intraveineuse était de 250±95 g perfusée sur une durée moyenne de 20±12 h. La durée moyenne d'hospitalisation était de 42±8h. Aucune corrélation n'a été retrouvée entre la dose injectée d'insuline rapide d'une part et la dose totale de glucose perfusée (r^2=0.18), la durée de perfusion (r^2=0.22) et la durée d'hospitalisation (r^2=0.007) d'autre part. Pour l'IL, la dose moyenne injectée était de 500 UI [300; 450]. La dose totale totale de glucose était de 254±140g, perfusée sur

une durée moyenne 24±11h. La durée moyenne d'hospitalisation était de 48±14.h. De même, aucune corrélation n'a été retrouvée entre la dose injectée d'insuline intermédiaire d'une part et la dose totale de glucose perfusée (r^2=0.013), la durée de perfusion (r^2=0.005) et la durée d'hospitalisation (r^2=0.003) d'autre part.

Conclusion : La dose injectée d'insuline ne permet pas de prédire l'évolution des malades admis pour intoxication aiguë. Seules la surveillance rapprochée de la glycémie et l'adaptation régulière des besoins en glucose sont le garant d'une prise en charge adéquate de ces patients.

F.C25. Carbamazepine serum measure in acute Carbamazepine poisoning : Is there any interest ?

Auteurs : E.Ayari, A.Aloui, M.Hassouna, M.Mezghanni, N. Brahmi.
Service et Hôpital : *Polyvalent intensive care of toxicology , emergency medical center - Tunis – TUNISIA*

Background : Carbamazepine (CBZ) poisoning is clearly increased because of the wide use of CBZ for treatment of simple or complex partial or seizures, trigeminal neuralgia, and bipolar affective disorder. It is also increased during the last 10 years, particularly as addicted drug in our country. We aimed to study is there any correlation between neurological signs and carbamazepine serum level.

Methods : This was a retrospective observational study spread over 88 months from January 2010 to April 2017 including all patients admitted to our ICU for carbamazepine poisoning.

Results : 201 patients aged of 29.5 years (12; 67) were eligible. They were 82 male and 119 female with a sex ratio was 0.7. A history of psychiatric disease was noted in 56% of cases, epilepsy in 15% and long term treatment with carbamazepine in 57% with a median duration of carbamazepine treatment of seven years. The supposed ingested dose was 4.3 g (0.4; 20) and the delay between ingestion and hospital arrival was 5.7 hours (1; 26). Thirty three per cent of CBZ poisoning was associated to another drug coingestion. Physical exam showed coma 36% of cases (n=73), agitation in 26% (n=52) and seizures in five patients (2.5%). The analysis of correlation between neurological signs and serum level CBZ on admission showed a low correlation between carbamazepine serum level and coma both for patients who ingested carbamazepine alone (r2 :0.016) and also for patients with multidrug poisoning (r2 :0.14)

Conclusions: Carbamazepine serum measure on admission doesen'nt appear to predict the severity of CBZ poisoning. It is better thow to study the serum CBZ kinetics then to emphasize on the CBZ serum level on admission.

F.C26. Atypical antipsychotic poisoning

Auteurs : M. BARGHOUTH* ,M. BACHROUCH,M. FATNASSI ,N.FOUDHAILI,T. KHZOURI, S. MAHDHAOUI,A. MRAD, N. BRAHMI
Service et Hôpital : *centre Mahmoud YAAKOUB d'assistance médicale urgente*

Backgrounds: Olanzapine, risperidone and amisulpride are the new generation of antipsychotic drugs prescribed in the treatement of bipolar disorder andschizophrenia. Acute poisoning with these molecules is rarely reported. Through this study we aimed to evaluate the incidence and describe the different clinical features of acute atypical antipsychotic poisoning.

Methods: Retrospective analysis of all cases of atypical antipsychotic intoxication admitted in ICU between January 2013 and Decembre 2017. Were included all patients aged ≥ 14 year who suffered from acute atypical antipsychotic intoxication. The intoxication severity was assessed by the Poisoning Severity Score (PSS) of the European Association of Poison Centres and Clinical Toxicologists. The evaluation of electrocardiograms was performed in the first day of hospitalization. The durations of QRS and QTc was measured and arrhythmias and conduction disorders were identified.

Results: 47 patients were included, the mean age was 35 ± 16 years. They were 19 males and 28 females. Long term treatment with atypical antipsychotic was noted in 37 patients (79%) who suffered from psychiatric desease. The poisoning was caused by olanzapine in 24 cases, risperidone in 14 cases, amisulpride in 6 cases and sulpirid in 3 cases. The supposed ingestion dose ranged from 25 to 600 mg in olanzapine poisoning, from 20 to 80 mg in risperidone poisoning and from 800 to 4000 in amisulprid poisoning.

The mean delay of consulting was 5 ± 4 hours after the ingestion. Olanzapine was co-ingested with other drugs in 16 patients (66%). Co-ingested drugs were benzodiazepines (n=5), levomepromazine (n=5), serotonin recapture inhibitor (n=3), amitriptilyne (n=2) and biperiden (n=1). Risperidone was co-ingested with other drugs in all cases. In olanzapine poisoning, The PSS was moderate in 9 cases (37,5%), severe in 14 cases (58%) and fatal in 1 case. the main clinical signs were tachycardia and miosis in 62% of cases each of them (n=15), agitation in 33% of cases

(n=8). ECG abnormalities has been detected such as prolonged QTc in 5 cases with a mean duration of 460 ± 28 ms. In the group of monointoxication (8 patients) the PSS was moderate in 3 cases (37,5%), severe in 4 cases (50%) and fatal in one case. Mechanical ventilation was required in 58% of cases (n=14) with a mean duration of 23 ± 8 heures. the mean duration of ICU stay was of 50 ± 30 hours. Twenty three patients recovered during the hospitalisation, one patient died because of neurological failure. In cases of risperidone poisoning, the PSS was moderate in 64% of cases, mechanical ventilation was required only in 35% of cases. with a mean duration of 4 ± 2 days.Three patients had expressed prolonged Qt to the ECG with a mean duration of 450 ± 30 ms. All patients recovered during the hospitalisation. Finally, the amisulpride group expressed the least severe signs of poisoning with coma in only one case and a prolonged QTc in 2 cases.

Conclusion: As showed in this study, acute atypical antipsychotic poisoning could be severe, and lead to death.

Session Flash Communications 3

F.C27. Valeur pronostique du Heart Fatty Acid Binding Protein dans les syndromes coronaires aux urgences

Auteurs : R. boubaker*, A. Mghirbi, K. Zaouche, H. Maghraoui, Y. Yahya, K. Majed
Service et Hôpital : *Service des urgences CHU La RABTA*

Introduction : La combinaison de la Heart Fatty Acid Binding Protein (h-FABP) avec le heart score permettrait de consolider la valeur pronostique de chaque score pris à part. L'objectif de notre étude était d'évaluer la valeur pronostique de cette combinaison dans les syndromes coronaires aigus sans sus décalage du segment ST (NSTEMI) aux urgences.

Méthodes : Nous avons mené une étude prospective. Nous avons inclus les patients ayant un NSTEMI. Tous ces patients ont eu un dosage de la h-FABP dont la valeur était combinée au heart score. Les critères de jugement étaient la survenue d'un événement cardiovasculaire majeur ou d'une insuffisance cardiaque au bout de six semaines.

Résultats : Nous avons inclus 50 malades dont 33 hommes. L'âge moyen était de 66 ans ±9,92 ans. Les antécédents étaient dominés par l'hypertension artérielle, l'histoire familiale de maladie coronaire et le diabète avec respectivement 68%, 54% et 46%. Deux patients (4%) étaient classés bas risque, 30 patients (60%) étaient classés risque intermédiaire et 18 patients (36%) étaient classés haut risque par le heart score. Aucun patient n'a développé un MACE dans le groupe bas risque, 6 patients (12%) ont développé un MACE dans le groupe risque intermédiaire et 13 patients (26%) ont développé un MACE dans le groupe haut risque avec p=0,001 et une aire sous la courbe ROC à 0,760 (IC 95% : [0,616-0,903]). Le nouveau score prédéfini a permis de classer un patient (2%) à bas risque, 19 patients (38%) à risque intermédiaire, 17 patients (34%) à haut risque et 13 patients (26%) à très haut risque. Aucun patient classé bas risque ou risque intermédiaire n'a développé de MACE, 8 patients (16%) ont développé un MACE dans la classe haut risque et 11 patients (22%) ont développé un MACE dans la classe très haut risque avec p =0,000 et une aire sous la courbe ROC à 0,893 (IC 95% : [0,807-0,979]). Pour l'insuffisance cardiaque aucun des deux scores n'était performant.

Conclusion : La h-FABP combinée au heart score pourrait être utilisée dans l'évaluation initiale des NSTEMI aux urgences.

F.C28. Impact of implementing a computer-based prescription system and moving in new buildings on healthcare workload: the case for acute respiratory failure (ARF) and sepsis

Auteurs : M.Tlili, F.Dachraoui, N.Bouker ,K Hraiech, W.Nouira, A Ouni, H Zorgati, S. Boukadida, Z.Hammouda, I Ouanes, L Ouanes Besbes, F Abroug
Service et Hôpital : *Service de Réanimation Polyvalente, CHU Fatouma Bourguiba, Monastir*

Introduction : Workload affects the quality of care and the prognosis of critically ills patients. Measuring workload in intensive care units (ICU) has thus become essential for allowing a better matching between the activities required and the management of resources. In March 2016, the medical ICU of the university hospital of Monastir (Tunisia) moved into new buildings (more space and beds, computer-based prescriptions and monitoring, etc.). The aim of the present study is to compare the level of workload before and after the change of the ICU buildings.

Methods: During the two study periods (period 1: July- September 2015 and period 2: July- September 2017) adult patients consecutively admitted, for more than 24 hours, in the medical ICU for ARF and/or sepsis were included in the analysis. Data collected were the demographic characteristics (age, sex, Body Mass Index (BMI), comorbidities, Simplified Acute Physiology Score (SAPS) III), the nursing workload measured using the Therapeutic Intervention Scoring System (TISS-28) and hospital survival.

Results: Thirty six patients (22 male) were included in the study (14 during Period 1 and 22 during the second period). The medians of age, SAPS III and BMI were respectively 65 (IQR =21) years, 46 (IQR =12) and 27.7 (IQR=9.4). The main comorbidities were hypertension, COPD and neurological disease respectively in 36%, 25% and 20%. The demographic characteristics were similar during the two periods. Nurse workload was characterized by m TISS-28 =

18 (IQR= 7) and Time of nurse's care of 190 min (IQR=74). These two workload indicators were significantly higher during the second period (Table 1).

During the second period, « standard monitoring » and « frequent dressing changes » (>3 time/day) were the activities with significant increase from, respectively 81% to 91% (p<0.0001) and from 41% to 88% (p<0.0001).

NURSE WORKLOAD BEFORE AND AFTER MOVING IN NEW BUILDINGS			
	Period 1	Period 2	p
TISS-28 : points (IQR)	15(5,1)	19,7(5,8)	<0,0001
Time of nurse's care : mn (IQR)	159(54)	209(61)	<0,0001

Conclusion : The relocation of our ICU in in new buildings was associated with a significant increase of the nurse workload with regard to patients with ARF and/ or sepsis.

F.C29. Associated factors with frequent doctors´ visits in icu survivors. one year survey

Auteurs : J. Baroudi 1 , N. Fraj 1 , J. Ayachi 1 , K. Meddeb 1 , E. Ennouri 1 , W. Zarrougui 1 , N. Sma 1 , M.A. Boujelbèn 1 , A. Ben Abdelhafidh 1 , I. Chouchene 1 , A. Azouzi 1 , A. Khedher 1 , I. Ben Saida 1 , M. Boussarsar 1,2

Service et Hôpital : *1Farhat Hached University Hospital, Medical Intensive Care Unit, Sousse, Tunisia, 2Farhat Hached University Hospital, Research Laboratory N° LR14ES05 Interactions of the Cardiopulmonary System, Sousse, Tunisia*

Introduction: Health service use following ICU discharge is generally increased. Studies showed that doctors´ visits are very important for the follow up. The study was performed to determine the frequency of medical visits over one year follow up after an ICU stay and to identify factors associated with a higher frequency of medical visits.

Methods: A prospective cohort study was conducted in a tertiary Tunisian medical ICU. Adult survivors after an ICU stay between January 2014 and December 2015 were included. ICU survivors were interviewed through regular phone calls from 3 months after discharge until 1 year. Data recorded were medical visits frequency, causes of visits concluded by the investigating physician on the basis of non-standardized questions. 2 groups of patients were compared regarding frequency of visits (≤3 and >3 visits per year). Significant factors with a p value of < 0.2 were entered into a backward conditional binary logistic regression to determine independent factors for frequent visits.

Results: 325 patients were included. 215 among them were able to follow up with phone interviews over 1 year. ICU survivors were mainly transferred to the hospital ward 174(62%) and only 106(38%) were discharged home. 157(73%) patients consulted at least once during the year following the hospital discharge, however 58(27%) patients had no medical visit after their discharge. 141(90%) patients saw general practitioner or specialist physician in the first three months. The mean frequency of visits during the year was 3. Pulmonologist, cardiologist and ED practitioner were the frequent physicians visited respectively by 42, 23, and 17 patients. Reasons for doctor visits were classified into 3 categories: systematic control for (108 patients), exacerbation of a chronic disease for (43patients) and a new disease for (6 patients). Multivariate analysis showed that chronic respiratory failure (OR, 1.77; 95%CI, [1¬3.1]; P = 0.04) , and the patients with ventilatory device at discharge (OR, 3.22; 95%CI, [1.4¬7]; P = 0.002) were the independent factors for frequent visits after ICU discharge.

Conclusion: After ICU discharge, the doctors´ visits seem to be rather frequent in survivors. Chronic respiratory failure and a home ventilatory device at discharge are the independent factors for these frequent visits.

F.C30. 30 Days´ post icu mortality in a tunisian medical intensive care unit (ICU)

Auteurs : J. Baroudi 1 , K. Meddeb 1 , M.A. Boujelbèn 1 , J. Ayachi 1 , N. Sma 1 , N. Fraj 1 , E. Ennouri 1 , W. Zarrougui 1 , A. Ben Abdelhafidh 1 , H. Kallel 1 , A. Azouzi 1 , I. Ben Saida 1 , I. Chouchene 1 , A. Khedher 1 , M. Boussarsar 1,2

Service et Hôpital : *1Farhat Hached University Hospital, Medical Intensive Care Unit, Sousse, Tunisia, 2 Ibn Al Jazzar Faculty of Medicine, Research Laboratory N° LR14ES05 Interactions of the Cardiopulmonary System, Sousse, Tunisia*

Introduction : Intensive care mortality has been decreasing over the last decade. However, mortality after ICU discharge and its risk factors remain not well known. Studies showed that death occurs mostly at the first month after discharge. Data are lacking for the post ICU mortality in Tunisian ICU's patients. Objectives : To analyze the short¬term mortality after ICU discharge and its predictor factors.

Methods : An observational prospective cohort study performed in a medical adult ICU with approximately 250 admissions per year. The study included all survivors after ICU admission. Data were collected between January 2014 and December 2015 and the mortality was assessed by telephone interviews at thirty days after ICU discharge. Factors associated with post hospital mortality are presented as odds ratios. A P value lower than 0.05 was considered significant.

Results : Among 573 patients admitted in ICU between January 2014 and December 2015. 215 were included. A total of 63(29%) patients died after ICU discharge during the same year and 34(19%) at the first month. Physiological reserve (OR, 2.73; 95%CI, [0.9¬7.5]; p=0.05), severity at ICU admission (SAPSII>30 OR, 1.07; 95%CI, [1.03¬1.13]; p=0.002), the functional status (OR,10.9; 95%CI, [3.8¬ 31.1]; p=0.000) and tachycardia on ICU discharge (OR, 1.04; 95%CI, [1¬1.07]; p=0.01) were the only independent factors of 30 days post ICU mortality.

Conclusion : 30 days´ post ICU mortality in the present study proves to be rather important. Physiological reserve and severity on ICU admission, then functional autonomy and tachycardia at ICU discharge were the only independent risk factors of 30 days´ post ICU mortality.

F.C31. Influence du jour d'admission sur la mortalité dans un service de réanimation

Auteurs : S Abdallah , W Yacoubi, A Ben Souissi , S Kamoun, I Ben Naoui I,M Yahia M, MS Mebazaa
Service et Hôpital : *service d'anesthesie- reanimation-SMUR CHU Mongi Slim La Marsa*

Introduction : Les premières heures de prise en charge d'un patient admis en réanimation sont primordiales. Cependant durant les weekends et les jours fériés, les moyens techniques et humains sont relativement réduits comparativement aux jours ouvrables et seraient responsables d'une surmoRtalité. Les données de la littérature restent discordantes à ce propos. Nous avons voulu déterminer si cette différence influait bel et bien la prise en charge et majorait la mortalité dans notre service.

Matériels et méthodes : Dans une étude rétrospective monocentrique, nous avons étudié les dossiers des malades admis dans notre service du 1er Janvier au 30 septembre 2017. Nous avons recueilli les données démographiques, motifs d'admission, scores de gravité ainsi que l'évolution clinico-biologique à H24, H48 et H72. Nous avons également relevé les modalités, les délais de prise en charge et enfin l'issue de nos malades. Nous avons regroupé les patients selon 2 périodes d'admission : en jour de semaine (groupe 1) ou en jour de week-end (groupe 2). Le critère de jugement principal était la mortalité et les critères secondaires étaient la durée de séjour, les délais d'interventions thérapeutiques et la survenue d'une dysfonction d'organes notamment dans les premières 72H.

Résultats : Nous avons colligé 118 patients dont 86 ont été admis en jours ouvrables et 32 pendant les weekends ou les jours feriés. Les deux groupes étaient comparables en termes de caractéristiques démographiques et de gravité clinique à l'admission, avec une mortalité prédite par le score SAPS 2 à 50% en moyenne

La mortalité globale était de 41,9% dans le groupe 1 Vs 56% dans le groupe 2 avec un p=0,07 pour un OR=0,72 et un HR=0,7. Cependant, nous avons noté que le délai de transfert en milieu de réanimation était supérieur à 24h dans 75% des cas pendant les weekends, mais aussi que ça affectait directement la mortalité, qui s'élève à 75% pour le groupe 2 Vs 31,8% pour le groupe 1; p=0,02

En ce qui concerne l'évolution durant les premières 72H, nous n'avons relevé aucune différence significative en terme de score de gravité, besoins en catécholamines, délais d'intervention ou en durée de séjour. Par contre nous avons remarqué des taux de lactatémie plus élevés pendant les premières 48h chez les malades de groupe 2 (4,9±5,3 VS 7,1±6,4; p=0,45)

Conclusion : Bien que nous n'avons pas retrouvé de différence significative entre les patients admis en weekend et ceux en jours ouvrables ni sur la mortalité ni sur la gravité initiale, les délais d'admission en milieu de réanimation était relativement retardés ce qui impactait significativement la mortalité dans ce sous groupe.

Une étude à plus large effectif est probablement nécessaire pour confirmer donc ces résultats et mieux comprendre

F.C32. Hypoproteinemia as a predictor of morbidity and mortality in elderly ICU patients

Auteurs : G*.Sboui(1),O .Beji(1), R. Atig(1), N. Baili (1), C.Jebeli (2), A.Bousslema (3) H. Hmouda(1).

Service et Hôpital: *(1) Medical Intensive Care Unit, Sahloul University Hospital, Sousse. (2): Emergency Department, Shaloul Hospital University,Sousse(3): Biochemistry Depatment,Shaloul Hospital University, Sousse.*

Background: Critically ill ageing patients with prolonged and complicated outcome show hypermetabolism and exaggerated protein catabolism. In acute phase, they are exposed to negative energy balance resulting from insufficient nutrition. Objective: To examine the characteristics and the prognostic value of hypoproteinemia on ICU admission and at discharge in elderly critically ill patients.

Patients and methods: A retrospective cohort study conducted in elderly patients (Age≥ 65 years), from January 2015 to December 2016, admitted to Sahloul University Hospital medical ICU. Patients were divided into normal, moderate and severe hypoproteinemia groups according to their serum protein levels. The analysis included patients' characteristics (age, sex, comorbidities, autonomy, and first cause of admission, APACHE II and SOFA scores...), characteristics of pulmonary infections, (the onset, pathogens...). Nutritional support, the length of stay, mortality in ICU and after discharge were also analyzed.

Results: Fourty-six patients aged 75 ± 7 years with a sex ratio F/M= 1,09 were investigated. The main causes of admission were acute respiratory failure (65,2%), septic shock (13%) and coma (10,9%). The mean APACHE II and SOFA scores were respectively 21±8 and 7±4.The most frequent diagnosis were COPD exacerbation (30,4%) , acute heart failure (15,2%) and severe pneumonia (13%). Twenty patients were mechanically ventilated during 3 days [1-34], four patients had tracheostomy during 27 ± 16 days. Enteral feeding nutrition support was the most frequent method with 8 ± 10 days. At discharge, most patients still had moderate to severe hyporoteinemia even with enteral nutritional support (p=0,7). The highest APACHE II score was recorded in patients with moderate (21±8,6) and severe (25,6±7,2) hypoproteinemia on admission with statistical significant difference (p=0,048). Only 12 patients (26%) with moderate (n=8) to severe (n=4) hypoproteinemia contracted pulmonary infection (p=0,005) within 6 ± 4 days. The type of pathogen had no significant relation with to the level of hypoproteinemia (p=0,06). However, a trend to fungal infection was observed in these patients candida albicans =2/candida tropicalis=2/candida glabrata=1). The mean ICU los was 12 ± 11 days. It was longer among patients with moderate to severe hypoproteinemia (13 days versus 11±6 days) compared to patients without hypoproteidemia (10 days), but without statistical significant difference (p=0,6). Mortality in ICU was 21,7%. Nine patients from 10 who died in ICU had moderate to severe hypoproteinemia but there was no statistical significant difference with survivors who had normal serum protein level (p=0,21). Mortality after ICU discharge was 29,6% (n=8). Relation between patients who died post-ICU and hypoproteinemia at discharge was statistically significant (p=0, 02).

Comments: Hypoproteinemia decreases the anti-infection and anti-inflammatory abilities of the lung tissue, causes delayed healing of respiratory tract infections and results in severe pulmonary infections. Enteral nutrition is frequently associated with insufficient energy delivery.

Conclusion: Serum protein levels on admission can be used as an index to observe the illness severity and determine the prognosis of critically ill ageing patients. Hypoproteinemia at discharge can be a predictor of mortality in elderly patients admitted in ICU.

F.C33. Assessment of the psychological consequences of hospitalization in ICU: patients and their relatives are both concerned

Auteurs : N*. Baili (1) , O.Beji (1), R, Atig (1), G.Sboui (1),R. Mbarek (1),C, Jbeli (2) H.Hmouda (1).

Service et Hôpital: *(1)Medical Intensive Care Unit, Sahloul University Hospital.Sousse (2) : Emergency Department, Sahloul University Hospital.Sousse.*

Background: Stress factors of a patient admitted in an ICU can be responsible of psychiatric symptoms in the months/years following his discharge, seriously impairing his quality of life. Many survivors of intensive care can have a posttraumatic stress disorder (PTSD) or anxiodepressive symptoms. Estimates of PTSD prevalence in critically ill cohorts are reported to be as high as 63%. Objective: To evaluate the psychological impact of critical illness on patients and their relatives in a Tunisian medical ICU (MICU).

Methods: In this study, included the patients who were admitted in our MICU from January 2015 and December 2016. We used the Impact of Events Scale (IES) 22-items for patients. Scores above 30 on the IES indicate severe

psychological trauma symptoms, and individuals scoring in the range between 24 and 35 are likely to meet diagnostic criteria for PTSD. The Burden (Mini-Zarit) 7-items was used for relatives. All patients and relatives were interviewed by telephone.

Results: We contacted 46 families, 18 patients (39%) died, 28 patients (60.9%) participated with their relatives to this study, sex ratio was F/M= 1,09, mean age was 75 years [65 to 90 years], average length of stay (LOS) was 11.89 days [1 to 60 days], 45.7% of patients had mechanical ventilation with a mean duration of 4.84 days, 8.7% of the patients had a tracheostomy, dementia was diagnosed in 6.5% of patients, 78.3% of the patients were autonomous, and the main reason of ICU admission was respiratory distress in 30.4%. The average of IES on patients was 22.7 [6 to 35], the IES was significantly correlated with male gender (p=0.039), LOS in the ICU (p=0.043), oro-tracheal intubation (OTI) (p=0.03), tracheostomy (p=0.013), and use of vasopressor agents (p=0.045).The average of Mini-Zarit on relatives was 3.35 [1.5 to 5.5], the Mini-Zarit was significantly correlated with LOS (p‹0.001), OTI (p=0.001), duration of OTI (p=0.045), tracheostomy (p=0.012), duration of tracheostomy (p=0.024), use of vasopressor agents (p=0.034) and the APACHE II score (p=0.047).

Discussion: In the largest follow-up study to date in terms of number of ICU survivors, we found a high prevalence (27%) of patients above case level for posttraumatic stress (total IES = 35). Several risk factors were identified in several studies such as: the ICU length of stay (longer duration), Hospital stay (longer duration), Length of mechanical ventilation, Greater levels of sedation, Female gender, Younger age, Pre-existing psychiatric history, Greater number of traumatic memories/frightening recollections, Presence of delusional memories.

Conclusions: Patients recovering from critical illness can be left with significant physical and cognitive problems that can deeply affect quality of life of both patients and relatives. Understanding the nature of the relationship between critical illness and PTSD is a challenge that demands attention, particularly in an era when mental health professionals are beginning to recognize the profound costs associated with this psychiatric syndrome.

F.C34. A Predictive triage model for icu discharge to identify patients at risks of 30-day post ICU mortality

Auteurs : I Ben Saida 1, E Ennouri 1, W Zarrougui 1, J Ayachi 1, M Limam 2, N Fraj 1, N Sma 1, A Khedher 1, A Azouzi 1, M Boussarsar 1,3

Service et Hôpital : *1. Farhat Hached University Hospital, Medical Intensive Care Unit, Sousse, Tunisia, 2. Farhat Hached University Hospital, Department of family and community medicine, Sousse, Tunisia 3. Ibn Al Jazzar Faculty of Medicine, Research Laboratory N° LR14ES05*

Background : The major challenge of intensivists is to reduce intensive care mortality rate. However, less attention is paid to outcomes beyond ICU discharge. A predictive triage model may influence decision making at ICU discharge and hence help caregivers to decrease short term post ICU mortality. Objectives : To develop a predictive triage model for discharge to identify patients at risk of 30 days post ICU mortality.

Methods : An observational prospective cohort study was performed in a Tunisian medical ICU between January 2014 and December 2015. The study included all survivors after ICU admission. The mortality was assessed by telephone interviews at thirty days after ICU discharge. Univariate and multivariate analysis were performed to identify candidate variables for the predictive triage model. Stepwise backward elimination was performed, with retention of predictors with p<0.2 as significant. A predictive triage model for discharge to identify patients at risk of dying at one month after discharge was developed.

Results : Among 573 patients admitted during the study period, 215 patients were included. The 30 days mortality rate was 16%. In univariate analysis, predictors of 30-days mortality of ICU survivors were Charlson comorbidity index (p=0.001), baseline functional impairment ≥3 (p=0.003), SAPS II ≥30 (p=0.000), heart rate at discharge ≥90b/min (p=0.011), World Health Organization (WHO) performance status ≥3 (p=0.0001) and decline in functional status (p=0.0001).

Multivariate regression analysis identified the following independent risk factors of 30-days mortality, SAPS II ≥30 (OR, 3.258; 95%CI, [1.1-9.6]; p<0.032), Tachycardia (Heart rate ≥90b/min) at discharge (OR, 3.024; 95%CI, [1.01- 9.11]; p<0.049), decline in functional status (OR, 15.868; 95%CI, [15.18- 48.56]; p<0.000) and WHO performance status ≥3 (OR, 6.57; 95%CI, [2.03- 21.25]; p<0.002).

Based on these results, a predictive triage model for discharge to identify patients at risk of 30-day post ICU mortality was developed. The following variables were used; SAPSII ≥30, tachycardia, decline in functional status and WHO performance status ≥3. These four items were weighted by their respective OR; SAPS ≥30, 3 points; Tachycardia, 3 points; decline in functional status, 16 points; WHO performance status ≥3, 6 points. The area under the ROC curve

value of this predictive model obtained from the development cohort was 0.914 (95%CI, [0.86-0.96]), a level deemed to be good discrimination.

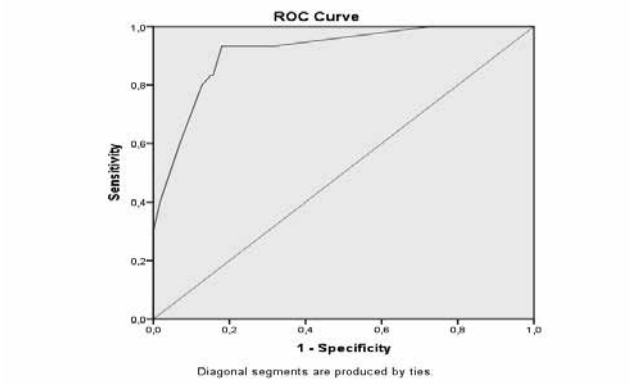


Figure 1: Receiver operator characteristic curve of ICU discharge triage model to identify patients at risk of 30-day post ICU mortality. (AUC, 0.914; 95%CI, [0.86-0.96])

Conclusion : This discharge triage model is a simple, didactic, not time-consuming, costless and minimally invasive tool. It may afford the opportunity to critical care practitioners to identify patients at risk of early post-ICU mortality.

F.C35. Application of the quick SOFA score to predict mortality : Patients with suspected infection versus patients without infection in emergency department.

Auteurs : Ben Amor G, Elhechmi YZ, Cherif MA, ,Arafa M, Mekki I, Sedghiani I, Zaghdoudi I, Khlaifia R, Jerbi Z
Service et Hôpital : *Habib Thameur University Hospital. Intesive Care and Emergency Department*

Introduction: Introduced by the third international consensus for sepsis and septic shoc, quick Sequentiel Organ Failure Assessment (qSOFA) is a simple predictive tool among patients with suspected infection outside the intensive care unit (ICU) to be used to raise suspicion of sepsis. However, several authors have suggested a possible mortality prediction without a documented infection as well. The objective of this study was to compare the predictive value of qSOFA score for in-hospital mortality among adults in Tunisian patients with suspected infection versus patients without infection.

Methods: This is a retrospective single site study conducted in a Tunisian university hospital. We included all patients admitted in the short observation unit of the emergency department between January 2015 and December 2016. The following details were recorded: Age, gender, risk factors, diagnosis and clinical parameters at admission. qSOFA score was secondarily calculated. Major outcome was inhospital mortality. Statistical analysis was performed using SPSS software. Median values were calculated with 25 and 75 percentiles for skewed distribution variables; means were calculated with 95% confidence interval or standard deviation for normal distribution variables. All data used in this study were anonymous.

Results: In the period of the study, 1252 patients were admitted. Patients with active infection were 284 versus 968 patients in the non active infection group. Patients in the group of active infection were older (73 [60-81] Vs 67 [55-77]; p<0.001). Sex ratio was comparable. Chronic heart failure and COPD were more frequent in the active infection group with respectively 16.7% and 12.4% Vs 8.6% and 7.1% in the non infected patients group. In the active infection group, systolic blood pressure was significantly lower (120 [100-140]mmHg Vs 136 [115-160]mmHg; p<0.001) and respiratory rate was significantly higher 25 [20-30] Vs 20 [16-26]; p<0.001). Glasgow coma scale was comparable between the two groups. When analyzed in the total cohort, qSOFA was significantly associated with inhospital mortality (p<0.001) with an area under the ROC curve at 0.725 [0.678-0.772]. qSOFA was associated with mortality in both active infection and non active infection groups with respectively (AUC : 0.692 [0.600-0.785] Vs AUC : 0.731 [0.675-0.786]; p=0.476).

Conclusion: qSOFA scorewas associated with inhospital mortality in both infected and non infected patients. These results suggests the usefulness of qSOFA in the assessment of prognosis for all patients admitted in the emergency units.

F.C36. Acute cardio renal syndromes within acute heart failure in intensive care: incidence, management and outcome.

Auteurs : A.Jamoussi, F. Jarraya*, T. Merhebene, S.Ayed, J. Ben Khelil, M. Besbes
Service et Hôpital : *Réanimation médicale, Hôpital Abderrahmen Mami, Ariana.*

Background: Heart and kidney diseases often coexist. Clinical studies have already shown that cardiac dysfunction may lead to kidney injury or inversely. This relationship is due to complex pathophysiological disturbances that differ according to clinical situations. Objectives: We aimed to describe incidence, management and prognosis of cardio renal syndrome (CRS) among patients with acute heart failure (AHF) in intensive care unit (ICU).

Methods: We retrospectively enrolled patients with AHF admitted to the medical intensive care unit (ICU) of Abderrahmen Mami hospital from January 2017 to August 2017 classified according to the 5 clinical scenari (1). Then we studied occurrence, types and management of CRS (2). Finally, we focused on mortality according to CRS occurrence.

Results: During the study period (8 months), 291 patients were admitted in ICU from whom 40 (13%) presented with AHF. The mean age was 62 ± 18 years and sex-ratio was 1.1. A medical history of hypertension (n= 19; 47.5%) and diabetes (n=15; 37.5%) was noted. Chronic renal failure (n=8; 20%) was also found but none needed chronic renal replacement therapy. At admission, severity assessment scores were: median APACHE II of 18 ± 8.5 and median SAPS II of 32.5 ± 17.3. CRS occurred in 28 (67.5%) patients with overwhelming predominance of type 1 (n=27; 96%), impaired renal function among CRS group resulted in a mean creatinin MDRD clearance of 40.44 ml/min and oligo-anuria (n=7; 25%). Scenario 2 of AHF syndrome was the most frequent in whole patients (n=14; 35%). The occurrence of CRS in patients with AHF according to the 5 clinical scenarios is listed in table 1. Only 5 patients in CRS group needed renal replacement therapy (17. 5%). Furosemide was administrated to 17 patients (60.7%) and ACE inhibitors were administrated to 7 patients (25%). Comparison of outcome is detailed in table 1.

COMPARISON OF FINDINGS ACCORDING TO CRS OCCURRENCE

	CRS (n=28)	No CRS (n=12)	p
AHF scenario 1(n=10) n (%)	8(80)	2(20)	0.426
AHF scenario 2(n=14) n (%)	9(64.29)	5(35.71)	0.563
AHF scenario 3(n=4) n (%)	3(75)	1(25)	0.818
AHF scenario 4(n=5) n (%)	4(80)	1(20)	0.602
AHF scenario 5(n=7) n (%)	4(57.14)	3(42.86)	0.414
Need for invasive MV n (%)	12(80)	3(20)	0.285
Length of stay, med ± SD	8.85±2.16	3.55±2.16	0.263
Death, n (%)	12(92,3)	1(7,7)	0.098

AHF:acute heart failure: CRS: cardio renal syndrome: MV: mechanical ventilation: SD: standard deviation: med: median

Conclusions: CRS is an end result of the interaction between complex pathogenic factors, and once the syndromes set in, they are difficult to abort and are often not reversible in many cases. We found that CRS may increase mortality and length of stay in ICU among patients with AHF, although the statistical relation was no significant.

References:

1 : Mebazaa A, Gheorghiade M, Piña IL et al. Practical recommendations for prehospital and early in-hospital management of patients presenting with acute heart failure syndromes. Crit Care Med 2008; 36[suppl.]:S129

2: Dinna N. Cruz . Cardiorenal Syndrome in Critical Care: The Acute Cardiorenal and Renocardiac Syndromes. Adv Chronic Kidney Dis. 2013 Jan;20(1):56-66.

F.C37. Facteurs de risque de l'agression rénale aigue en réanimation

Auteurs : F. Daly, I. Trabelsi, A. Trifi, R. Nasri, Y. Touil, S. Abdellatif, S. Ben Lakhal
Service et Hôpital : *Service de réanimation médicale du CHU La Rabta de Tunis*

Introduction : L'agression rénale aigue (ARA) est une situation fréquente en réanimation. Son pronostic reste sombre malgré les avancées technologiques en matière de suppléance rénale. L'identification des situations favorisant sa survenue reste le meilleur moyen pour prévenir cette entité et améliorer le pronostic des malades en réanimation. L'objectif de notre travail était d'identifier les facteurs de risque de l'ARA en réanimation.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective de type descriptive, étalée sur une période de deux ans allant du 1er janvier 2012 au 31 décembre 2013. Elle a été réalisée dans le service de réanimation médicale du CHU La Rabta de Tunis. Tous les patients admis durant cette période ont été inclus. L'ARA était definie selon le critère de

la créatinine de la définition Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO). La recherche des facteurs de risque a été déterminée par la comparaison des patients ayant développés une ARA et les autres patients (No-ARA), par l'analyse multivariée par régression logistique.

Résultats : Durant la période d'étude, 424 malades ont été hospitalisés dans notre service. L'âge moyen était de 47,9 ans (±18,9) avec des extrêmes de 18 et 88 ans. La durée de séjour médiane était de 6 jours (4-13) avec un total de 5152 jours d'hospitalisation et des extrêmes de 2 et 116 jours. Le recours à la ventilation mécanique était nécessaire chez 237 patients (56%) avec une durée médiane de 5 jours (2-13). L'Indice de gravité simplifié (IGS II) moyen était de 36,4 (±17,2) et l'Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE II) de 13,7 (±7,2). Parmi-eux, 135 ont été admis avec une ARA ou l'ont développé au cours de leurs hospitalisations soit une incidence de 32% (IC95% = [27%-36%]) et un taux d'incidence de 26,2 épisodes pour 1000 jours d'hospitalisation. La comparaison des deux groupes ARA et No-ARA a été représentée dans le tableau 1. Les résultats de l'analyse multivariée par la régression logistique ont été notés dans le tableau 2.

Conclusions : L'ARA est fréquente et grevée d'une mortalité élevée en réanimation. Un âge avancé et un score APACHE II à l'admission élevé ont été identifiés comme des facteurs de risque de sa survenue.

LA COMPARAISON DES PATIENTS AVEC ET SANS ARA EN ANALYSE UNIVARIÉE

Variables :	No-ARA	ARA	p	OR	IC95%
Effectifs N (%)	289 (68%)	135 (32%)			
Age (années) Méd(Q1Q3)	46,5 (32-60)	58 (41-71)	<10-3		
Sexe H/F (R)	155/134 (1,1)	74/61 (1,2)	0,82	1,05	[0,7-1,6]
VM N (%)	156 (54%)	81 (60%)	0,24	1,28	[0,9-1,9]
Durée VM (j) Méd(Q1Q3)	5 (2-13)	4 (2-10)	0,86		
DS (j) Méd(Q1Q3)	9 (4-21)	7 (4-13)	0,26		
IGS II Moy (±ET)	33 (±16,3)	43,3 (±17,1)	<10-3		
APACHE II Moy (±ET)	12,3 (±7)	16,6 (±6,9)	<10-3		
Mortalité N (%)	94 (33%)	75 (56%)	<10-3	2,33	[1,5-3,5]

No-ARA : Patients sans agression rénale aigue; ARA : agression rénale aigue; p : degré de significativité; OR : odds-ratio; IC 95% : Intervalle de confiance à 95%; N : nombre; Méd : médiane: Q1 : 1er quartile: Q3 : 3ème quartile: H/F : homme/femme: R : Sex-ratio: N : nombre: I : iours: DS : durée de séiour: Mov : movenne: ET : écart-tvpe

TABLEAU 2: LA COMPARAISON DES PATIENTS AVEC ET SANS ARA EN ANALYSE MULTIVARIÉE PAR RÉGRESSION LOGISTIQUE

Variables :		No-ARA	ARA	p	ORa	IC95%
Effectifs	N (%)	289 (68%)	135 (32%)			
Age	Méd (Q1-Q3)	46,5 (32-60)	58 (41-71)	<10-3	1,03	[1,01-1,04]
APACHE II	Moy (±ET)	12,3 (±7)	16,6 (±6,9)	<10-3	1,06	[1,03-1,10]
Mortalité	N (%)	101 (35%)	75 (56%)	0,04	1,64	[1,02-2,63]

No-ARA : Patients sans agression rénale aigue; ARA : agression rénale aigue p : degré de significativité; OR : odds-ratio; IC 95% : Intervalle de confiance à 95; N : nombre; Méd : médiane; Q1 : 1er quartile; Q3 : 3ème quartile; Mov : movenne; ET : écart-type; N : nombre

F.C38. Vancomycin and acute kidney injury in intensive care units

Auteurs : H. Doghri, F. Daly, A. Trifi, S. Abdellatif, R. Nasri, Y. Touil, S. Ben Lakhal

Service et Hôpital : *Service de réanimation médicale du CHU La Rabta de Tunis*

Introduction: The incidence of acute kidney injury (AKI) in patients treated with vancomycin is variable and depends on several factors including its elevated serum level and the number of associated nephrotoxic drugs. The aim of our study is to determine its impact and the main risk factors.

Patients and methods: It was a monocentric, observational end retrospective study conducted in the intensive care unit of the teaching hospital Rabta of Tunis over a period of 2 years. All patients who received vancomycin therapy were included. The vancomycin administration regimen was based on the injection of a bolus of 1 g over one hour and then a continuous infusion of 2g per day. The Assay of serum vancomycin concentrations (ASVC) was done in another hospital. The AKI was defined according to Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) classification. A logistic regression analysis was performed to determine the risk factors for its occurrence.

Results: 31 patients were included. The mean age was 46.3 years (± 20.9) and the sex ratio was 1.2. The median duration of hospitalization was 27 days (5-49). The mean Simplified Acute Physiology Score (SAPS II) was 33.1 (± 13.4) and the Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE II) was 14.5 (± 7).Treatment was probabilistic in 25 cases (81%) and targeted in 6 patients (19%). The most common infection site was pneumonia in 12 cases (39%). Patients developed a septic shock in 14 cases (45%) and needed invasive mechanical ventilation in 26 cases (84%). The median duration of treatment was 7 days (4-14). Staphylococci were isolated in 15 cases (48%), including 4 S. aureus and 11 S. sp. AKI occurred in 12 cases (39%) and the median number of nephrotoxic drugs per patient was

2 with extremes of 1 to 4. 15 patients (48%) had at least one ASVC. The mean number was 2.7 dosage per patient (± 1.1) with extremes of 1 to 5 and total of 39 ASVC. Among these 15 patients, 5 had at least one overdose during treatment, two of which developed AKI. Of the 39 ASVC performed, 6 (15%) were overdosed. There was a positive correlation between the ASVC and concomitant serum creatinine (Figure 1) and a negative correlation with creatinine clearance by Modification of Diet in Renal Disease (MDRD) (Figure 2) and Chronic Kidney Disease - Epidemiology Collaboration (CKD-EPI) (Figure 3). The correlation coefficients were detailed in the table. Univariate and multivariate analysis concluded that only a nephrotoxic drug number > 2 per patient increased the risk of developing or aggravating an AKI up to 36 times (p = 0.008 and 95% CI = [2.5-519]).

Conclusion: AKI in patients treated with vancomycin is common in intensive care units. An association with more than two other nephrotoxic drugs was identified as a risk factor. The best correlation was found between the ASVC and concomitant creatinine clearance according to CKD-EPI.

CORRELATION BETWEEN CREATININE SERUM LEVEL, ITS CLEARANCE ESTIMATE BY MDRD ET CKD-EPI AND VANCOMYCIN SERUM CONCENTRATION

Creatinine clearance	Spearman's Rho coefficient	p
CKD-EPI (ml/mn)	-0,447	0,007
MDRD (ml/mn)	-0,416	0,010
Créatininémie serum level (mg/L)	0,367	0,023

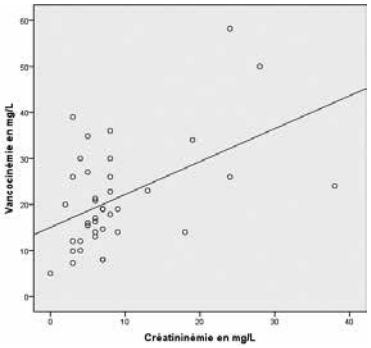


Figure 1 : Correlation between vancomycin serum concentration and creatinine serum level

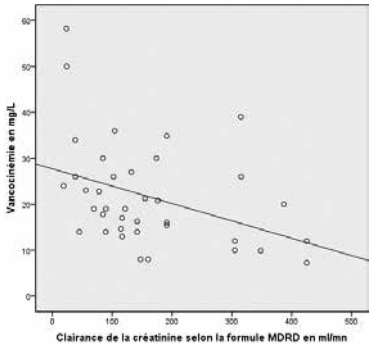


Figure 2 : Correlation between vancomycin serum concentration and creatinine clearance by MDRD

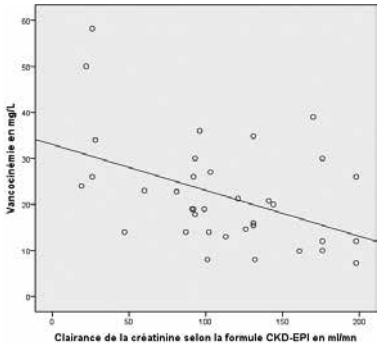


Figure 3 : Correlation between vancomycin serum concentration and creatinine clearance by CKD-EPI

Session Flash Communications 4

F.C39. Simulation based-training: Perception of ICU students and residents

Auteurs : Ouanes I (1-3), Sik-Ali H (2-3), Ouanes-Besbes L (1-3), Fekih-Hassen M (2-3), Hammouda Z (1-3), Dachraoui F (1-3), ElAtrous S (2-3), Abroug F (1-3).

Service et Hôpital : *1- Service de Réanimation Polyvalente CHU Fattouma Bourguiba Monastir, Tunisie. 2- Service de Réanimation Médicale CHU Taher Sfar Mahdia, Tunisie. 3- Centre de Simulation Pédagogique de la Faculté de Médecine de Monastir (CeSimFmm), Université de Monastir*

Introduction: Simulation training has become available in Health sciences faculties and proposed in many specialties. Intensive Care is one of the fields of development of simulation based training. The aim of the present study was to report the experience of the Faculty of Medicine of Monastir Simulation Center in training medical students and residents in Intensive Care and to compare their respective perceptions.

Methods: This was a descriptive study including students (5th year of the medical curriculum) and residents who received training during the last academic year (2016-2017), in the simulation center during their ICU traineeship. Simulation training was based on high-fidelity mannequins for students and seminars with high fidelity and procedural simulation training for residents. Three sessions per group were organized for students and a total of five sessions for residents. We collected participant characteristics and used Likert scale (from 1 to 5) to assess participant satisfaction, simulation fidelity, impact on clinical practice, stress level and instructor behaviors. Chi 2 test was used to compare students' and residents' perception of the simulation based-training.

Results: During the study period 91 students (of the 269 students' whole promotion) and 88 residents actively participated at least in one of the simulation-based training sessions. Median students' and residents' ages were respectively 24 years (24-24) and 29 years (27-30). Participants were mainly females in 78 and 73.8% respectively in students and residents. Prior to the study period all the students received simulation-based training, whereas 48.9% of residents assisted for the first time in a simulation based training. For all participants, satisfaction (levels 4 and 5 of the Likert scale) was reported in 87.2%, simulation fidelity in 60.3%, possible impact on clinical practice in 77.1%, 40.8% perceived training as stressful and 85.5% noted favorably instructors' behaviors. Compared to ICU residents, students were significantly less satisfied (80.2 vs 94.3%; p=0.005), perceived training more stressful (59.3 vs 21.6%; p<0.001) and noted less favorably instructors' behaviors (79.1 vs 92%; p=0.014), whereas the other items were comparable (Fig 1).

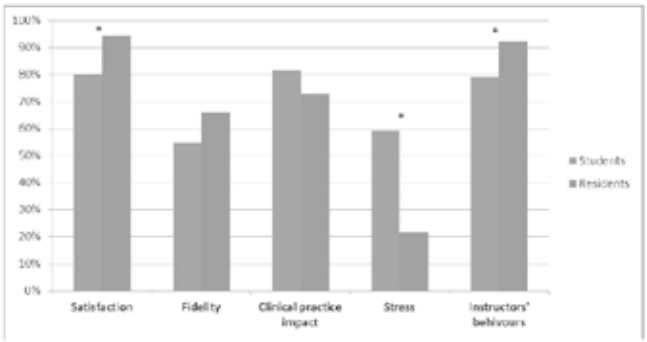


Figure 1: Participants' perceptions

Conclusion: We observed globally a favorable appreciation of ICU students and residents of the simulation based training differences in perceptions' items could be mainly explained by different previous experiences with the real life in the hospital of the two study groups.

F.C40. Impact of anemia in long term prognosis of patients with COPD exacerbations.

Auteurs : Hraiech K, Ouanes I, Adhieb A, Bouker N, Tlili M, Hammouda Z, Boukadida S, Ouni A, Nouira W, Zorgati H, Dachraoui F, Abroug F. Ouanes-Besbes L

Service et Hôpital : *Intensive Care Unit, Fattouma Bourguiba Hospital, Monastir, Tunisia.*

Introduction: COPD patients have often polyglobulia because of associated hypoxemia especially in patients at the stage of chronic respiratory failure. We recently reported that anemia was present in 36% of patients with severe AECOPD admitted to ICU without impact on short-term prognosis (1). The aim of the present study was to determine the long-term impact of haemoglobin (Hb) levels on outcomes of AECOPD patients.

Methods: In a prospectively collected database including consecutive patients admitted between 2007 and 2015 for AECOPD in our ICU. Long-term status of patients following the first ICU admission (surviving or deceased) has been verified by consulting the civil status registers. Anemia was defined according to WHO criteria: Hb<13 g/dl in males; Hb<12 g/dl in females (2). Long-term survival was assessed by Kaplan-Meier curve.

Results: The cohort included 213 patients (median age 67, median pH 7.30, 84.5% males, NIV as first ventilator mode in 87.4%). Anemia was observed in 77 of the 213 patients (36.2%) with median haemoglobin levels at 10.8 and 14.5 g/dl, in patients with and without anemia, respectively. Anemia was associated with significantly lower two years survival (Log Rank p=0.043) (Figure 1).

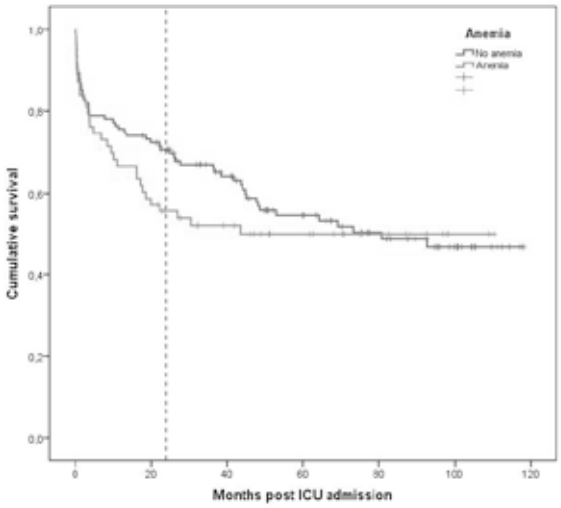


Figure 1: Kaplan-Meier curve: Long term survival according to the presence of anemia

The final model included age, SAPS II score, comorbidities, home oxygen therapy, initial ventilatory mode, NIV failure and haemoglobin levels. Multivariate analysis identified age (OR=1.05 per year; IC 95% ; 1.01-1.10; p=0.028), home oxygen therapy prior to exacerbation (OR=2.38; IC 95% ; 1.09-5.12; p=0.029), intubation at ICU admission (OR=6.97; IC 95% ; 2.31-21.03; p<0.001) , NIV failure (OR=11.5; IC 95% ; 2.75-47.6; p<0.001), and haemoglobin (OR=1.20 per decrease of 1g/dl; IC 95% ; 1.01-1.44; p=0.034) as independently associated factors with two years mortality .

Conclusion: Our study suggests that anemia is associated with 2-year outcome in patients admitted for AECOPD.

References:

1- Ouanes I et al. Prevalence of anemia in COPD exacerbations of and impact on shortterm prognosis. Annals of Intensive Care 2017, 7(Suppl 1):P29.

2- World Health Organization. Haemoglobin concentrations for the diagnosis of anaemia and assessment of severity. Vitamin and Mineral Nutrition Information System. Geneva: World Health Organization; 2011. Available from: http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin.pdf. Accessed November 14, 2016.

F.C41. A model to predict short-term prognosis of acute exacerbation of COPD patients admitted to a Tunisian ICU.

Auteurs : Bouker N, Ouanes I, Tlili M, Hammouda Z, Hraiech K, Zorgati H, Boukadida S, ,Nouira W, Ouni A, Dachraoui F, Abroug F. Ouanes-Besbes L

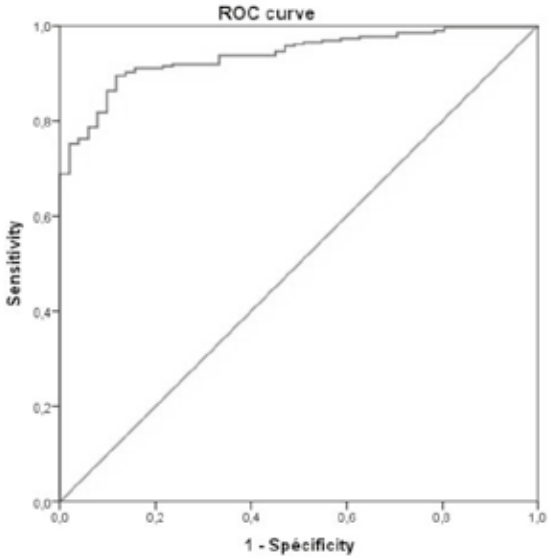
Service et Hôpital : *Service de Réanimation Polyvalente/ CHU Fattouma Bourguiba Monastir. Tunisie*

Introduction: AECOPD is a major cause of ICU admission. Short-term prognosis has been substantially improved in the recent years but a number of patients are frequently readmitted. The phenotype of acute exacerbation leading to death in ICU and the impact of exacerbation frequency is not well studied. The aim of the present study is to identify independent risk factors and to develop a probability model predicting ICU death in a cohort of AECOPD admitted to ICU.

Methods: In a prospectively collected database including consecutive patients admitted between 2000 and 2015 for AECOPD in our ICU. We compared patient's episodes characteristics according to the end of ICU stay outcome. Statistics: We developed a multivariable model for ICU death. When choosing candidate variables for the model, we considered univariate analysis ($p<0.2$) and clinical relevance and generalizability. Our assessment of model performance was goodness of fit as evaluated by the Hosmer-Lemeshow test ($p >0.05$ indicate better fit). We assessed discrimination using the area under the curve (AUC) of the receiver operating characteristics (ROC) curve.

Results: During the study period a total of 5124 patients were admitted to the ICU, 1126 admissions among them for acute respiratory failure in patients with COPD. 662 episodes fulfilled criteria of COPD exacerbation in 498 patients, 161 of them were admitted more than one time (median admission number=3, IQR 2-4). The rate of ICU death was 12.2% (81 patients, 53 during the first admission and 28 in the many admission group). In univariate comparisons, parameters related to ICU death with a p value <0.2, were: age, cardiovascular comorbidities, SAPS II score, first ventilatory mode, NIV failure, VAP occurrence and the following ABG parameters at ICU admission: pH, HCO3- and PaO2. In multivariate logistic regression, parameters independently related to ICU death were : cardiovascular comorbidities (OR=2.21; 95% CI: 1.10 – 4.44), intubation at admission (OR=79.3; 95% CI: 10.4 - 604.2), NIV failure (OR= 200; 95% CI=26.3-1000), VAP occurrence (OR=11.5; 95% CI: 5.46-23.8), pH at ICU admission (OR=0.24 per 0.01 decrease); 95 CI: 0.01 - 8.77) and HCO3- at ICU admission (OR=0.93 per 1 mmol/l increase; 95% CI: 0.88-0.98). The final probability model included the previous identified factors in addition to age and SAPS II score, this model exhibited good calibration (Hosmer-Lemeshow $\chi 2$, P = .98) and good discrimination (ROC-AUC, 0.94; 95% confidence interval, 0.92-0.96) (fig 1).

Conclusion: Our cohort study identified risk factors of ICU death, mainly collected at admission among patients with AECOPD. The proposed probability model has a good performance in predicting the short-term prognosis. Further evaluation in other cohorts is needed.



F.C42. Why asthmatics are again admitted to intensive care: a Tunisian series

Auteurs : Z.Hammouda*, W.Nouira , S.Boukadida, N.Bouker, M.Tlili,K.Hraiech, A.Ouni, H.Zorgati,I.Ouanes, F.Dachraoui, L.Besbes, F.Abroug(1) A.Kheder, S.Alkortli, N.Sma, N.Fraj,J.Ayechi, M.Bousarsar (2) H.SikALI, O.Jaouad, M.Fekhih Hassen, S.Elatrous(3)

Service et Hôpital : *(1) medical ICU Fattouma Bourguiba hospital (2) medical ICU Farhat Hached Hospital (3) medical ICU Tahar Sfar hospital*

Introduction: The remarkable progress in the outpatient care of the asthmatic patient (development and access to inhaled drugs) has made the admission of these patients exceptional in the ICU. We have noticed a recent upsurge in asthmatic afmissions in the ICU, and are investigating whether this fact was related to modifiable factors (access to adapted drugs) or an increase in the severity of the disease

Methods: Retrospective, observational, three-center study conducted in three Tunisian medical ICU from January 2016 to July, 2017. Were included all consecutive patients admitted for severe acute asthma in three ICUs. Were assessed: patient's demographic characteristics, asthma severity and its acual control based on Global Initiative for Asthma classification (GINA) 2016, clinical characteristics of the acute episode, length of ICU stay, ventilatory free days and mortality.

Results: Out of the 1142 patients admitted within the study period, 34 (3%) had severe acute asthma. The mean age was 37 years (IQR32-50, 5). Sex ratio was 1. Asthma was allergic in 84% with an average ancienty of 14, 7 years. Overall asthma was not very severe with no prior ICU admission for acute severe asthma. 38, 2% were mechanically ventilated at least one time. Were classified severe and moderate persistant asthma respectively in 42, 9 (%) and 19(%). 57, 1% were considered poorly controlled. Low educational level and socio-economic status are the main determinants of poor control: 20% of analyzed patients didn't have a social care, and thus no accesse to prescribed anti-asthmatics; 40% didn't have a regular follow up and 23.5% were jobless. When admitted to the ICU: 23 patients (67, 6%) needed invasive mechanical ventilation, one patient received NIV. The mean length of stay was 8 days (IQR3, 5-12,5). Levels of auto PEEP and PIC pressure at ICU admission were respectively 6 (IQR 1-12) and 47,5 (IQR37, 25-58,5) cmH2O. Mortality rate was 3%.

Conclusion: This study suggests that Low educational level and socio-economic status (especially the lack of social care and joblessness) are the main determinants of poor control of asthma and may lead to the increase of rate of ICU admission for severe acute asthma requiring mechanical ventilation.

F.C43. Compliance and outcomes of home ventilated chronic hypercapnic respiratory failure: a prospective observational study

Auteurs : N. Sma1, A. Khedher1, N. Fraj1, K. Meddeb1, M.A. Boujelbèn1, J. Ayachi1, H. Kallel1, E. Ennouri1, W. Zarrougui1, A. Ben Abdelhafidh1, A. Azouzi1, I. Chouchene1, M. Boussarsar1,2

Service et Hôpital : *1Farhat Hached University Hospital, Medical Intensive Care Unit, Sousse, Tunisia, 2Ibn Al Jazzar Faculty of Medicine, Research Laboratory N° LR14ES05 Interactions of the Cardiopulmonary System, Sousse, Tunisia*

Introduction: Invasive positive-pressure home ventilation via Tracheostomy (TPPV) and home non invasive ventilation (NIV) are being increasingly used to treat chronic hypercapnic respiratory failure after ICU discharge. However, there are little data evaluating compliance with ventilation prescriptions and long term outcome remains uncertain. Objectives: To assess the compliance with home ventilation (TPPV and NIV) and outcomes of patients ventilated at home for chronic hypercapnic respiratory failure after ICU discharge.

Methods: Prospective observational study conducted in an 8-bed Tunisian medical ICU over a two year period (January 2015 to December 2016). Were included all consecutive ICU survivors discharged with home TPPV or home NIV. Were collected patients characteristics, clinical presentation on admission and at discharge, SAPSII, type of home ventilation at ICU discharge. Compliance reports, readmissions and outcomes were assessed.

Results: A total of 23 patients were collected. The Median age was 65 years, 25-75CI [17-76]. Sixteen (70%) patients were male. Twelve (54%) were admitted for acute exacerbation of COPD. Five (22%) and 6(24%) were respectively admitted for acute exacerbation of restrictive and mixed chronic respiratory failure. Among all the admitted patients, 4(17%) were already under home NIV. Median SAPSII was 28, 25-75CI [22-36]. Overall, firstline NIV use was registered in 15(65%) patients and 6(40%) failed. Thirteen(56%) patients required invasive mechanical ventilation (IMV) during ICU stay. The median duration of IMV was 5 days (range 4-14). At ICU discharge, median pH was 7.43, 25-75CI [7.36-7.46] and median PaCO2 was 49mmHg, 25-75 CI [41-66]. Eleven(56%) were discharged with tracheostomy all performed for weaning difficulties. Twelve (52%) patients were discharged with home NIV. Respectively, median

daily use of home NIV and TPPV was 4h 25-75CI [3.25-7.75] and 6.5 h 25- 75CI [5-6.5]. The median NIV use (≥ 4h per day) was respectively 48% for NIV and 98% for TPPV. Three (25%) of Home NIV and 1(9%) of TPPV patients were readmitted. Survival rates at 6 months for the home NIV and home TPPV patients were respectively 90% and 70%.

Conclusion: This study shows a low adherence to home NIV as well as TPPV ventilation for ICU survivors of acute exacerbation of chronic hypercapnic failure. Otherwise, this therapy seems to provide survival for long periods of time.

F.C44. Place de la VNI au service de Réanimation de Mahres : Etude prospective a propos de 25 cas

Auteurs : F.Medhioub, R.Allala, N.Baccouch, A.Nasri, M.Boujelbène
Service et Hôpital : *Service réanimation, Hopital régional Mahres*

Introduction : La ventilation non invasive regroupe les méthodes de ventilation mécanique n'ayant pas recours à l'utilisation de sondes d'intubation ou de trachéotomie mais à des interfaces telles que masque nasal, masque facial ou casque. L'objectif de cette étude est d'évaluer les indications, complications et apport de la VNI au service de réanimation à l'hôpital régional de Mahres.

Matériels et méthodes : Nous avons procédé à une étude prospective étalée sur 6 mois allant du mois de février 2017 au mois d'aout 2017 au sein du service de réanimation de l'hôpital régional de Mahres.

Résultats : Durant cette période, on a inclus 25 patients parmi 102 hospitalisations, soit 24.5%. L'âge moyen des patients était de 67 ± 21 ans avec des extrêmes allant de 57 à 89 ans. L'indication de la VNI était l'OAP cardiogénique chez 12 patients (48%), la décompensation de BPCO chez 10 patients (40%), la pneumopathie hypoxémiante chez 2 patients (8%) et la noyade chez 1 patient (4%). Tous les patients étaient sous masque facial. Le mode utilisé était le VS-AI-PEP. On a noté par ailleurs des complications telle que 2 cas de ballonnement abdominal, 1 cas de lésions faciales et 1 cas de sécheresse oculaire. L'évolution était marquée par une amélioration tant sur le plan clinique que gazométrique dans 84% cas. Le recours à l'intubation était nécessaire chez 4 patients.

Conclusion : La VNI représente aujourd'hui une technique de ventilation couramment utilisée dans les services de réanimation. Elle permet d'éviter l'intubation de certains patients, de limiter les complications en particulier nosocomiales liées à l'intubation, et même de diminuer la durée d'hospitalisation et la mortalité.

F.C45. Impact de l'asynchronie patient-ventilateur sur la morbi-mortalite en Réanimation

Auteurs: O.Jaoued, M.Lahmer*, N.Tilouche, H.Ben Sik Ali, R.Gharbi, M.Fekih Hassen, S.Elatrous.
Service et Hôpital : *Réanimation médicale EPS Taher Sfar Mahdia*

Introduction : L'asynchronie patient-ventilateur est définie par un décalage entre le cycle respiratoire du patient et celui du ventilateur. Elle reflète la tolérance du patient à la ventilation mécanique (VM). C'est un problème fréquent mais peu étudié. Objectif : Déterminer l'incidence des asynchronies chez les patients admis en réanimation et leur impact sur la morbi-mortalité.

Matériels et méthode : Il s'agit d'une étude prospective observationnelle réalisée au service de réanimation médicale entre Aout et Octobre 2016. Tous les patients sous VNI ou intubés ventilés et qui présentent des cycles spontanés ont été inclus. L'asynchronie a été recherchée à l'admission chez chaque patient en analysant les courbes affichées sur le moniteur du ventilateur pendant une durée de 30 min. Deux groupes étaient individualisés : Groupe asynchronie et Groupe pas d'asynchronie. Les paramètres recueillis sont : les caractéristiques démographiques, le score de gravité SAPSII, le mode ventilatoire, les types d'asynchronies, les asynchronies sévères (définies par un index d'asynchronie > 10%), le taux d'échec le la VNI, la durée de VM, la durée de séjour et la mortalité en réanimation.

Résultats : Durant la période de l'étude 38 patients d'âge moyen 63±12 ans et avec un score SAPSII à 28±12 ont été inclus. Le motif de recours à la VM le plus fréquent était la décompensation de BPCO dans 68% des cas. La majorité des patients ont eu une ventilation non invasive (81%). L'incidence des asynchronies était de 50%, dont 68% étaient des asynchronies sévères. Les types d'asynchronies les plus fréquentes étaient l'effort inefficace dans 90% des cas et les doubles déclenchements dans 73% des cas. Le taux d'échec de la VNI était de 19%. La mortalité globale était de 8%. Le groupe des patients ayant une asynchronie avait un taux d'échec de la VNI plus élevé (42% versus 0%, p=0.003), une durée de VM plus prolongée (12±5 jours versus 5±3 jours, p=0,003) et une durée de séjour en

réanimation plus prolongée (14±8 j versus 7±3jours, p=0.001). La mortalité était similaire entre les deux groupes. En analyse multivariée seul le SPASII était un facteur prédictif de mortalité.

Conclusion : L'asynchronie patient-ventilateur est une anomalie fréquente chez les patients ventilés en réanimation. Dans cette étude l'asynchronie était associée à une augmentation du taux d'échec de la VNI et à la prolongation de la durée de la VM et de la durée de séjour en réanimation.

F.C46. L'éosinophilie au cours des décompensations de BPCO: un marqueur de morbidite et de mortalite ?

Auteurs : H.Nouira, M.Kallel*, H.Ben Sik Ali, N.Tilouche, R.Ghabi, M.Fekih Hassen, S.Elatrous
Service et Hôpital : *Réanimation médicale EPS Taher Sfar Mahdia*

Introduction : Les décompensations aigues de BPCO (DABPCO) sont une cause fréquente d'hospitalisation en réanimation. Certaines études ont montré que le taux d'éosinophiles circulants est associé à un mauvais pronostic. Objectifs : Déterminer l'incidence d'une hyper éosinophilie (> 4%) au cours des DABPCO et son impact sur la morbidité et la mortalité.

Matériel et Méthodes : C'est une étude rétrospective réalisée au service de réanimation médicale de l'hôpital EPS Taher Sfar de Mahdia. Nous avons inclus tous les patients hospitalisés entre Janvier 2015 et Juin 2017 pour DABPCO. Quatre groupes ont été individualisés : • Groupe 1 : nombre d'éosinophiles ≤2%;Groupe 2 : 2% < nombre d'éosinophiles ≤3%;Groupe 3 : 3% < nombre d'éosinophiles ≤4%; Groupe 4 : nombre d'éosinophiles > 4%

Résultats: Durant la période de l'étude, 123 patients (âge moyen 66±11, SAPS II moyen 31±12) étaient inclus. Les causes les plus fréquentes de décompensation étaient la trachéobronchite et la pneumonie dans 42% et 24% des cas respectivement. A l'état de base 11 (10%) des patients avaient une oxygénothérapie au long court et 6% avaient une VNI à domicile. Seul 24% des patients avaient une corticothérapie inhalée au long court. Les groupes 1, 2, 3 et 4 représentent respectivement 83%, 7%, 2% et 8% de l'échantillon. La mortalité en réanimation était de 16%. Le nombre d'exacerbation par an était significativement plus important dans le groupe 1 comparé au groupe 4 (30% vs 23%, p=0,003). Une corticothérapie inhalée était prescrite chez 30% des patients du groupe 4 et 23% des patients du groupe 1. Le recours à la ventilation mécanique invasive était significativement plus élevé dans le groupe 1 comparé au groupe 4 : (32% vs1%, p=0,003). Aucun patient du groupe 4 n'a été traité par une corticothérapie systémique comparé à 32% dans le groupe 1. La durée de ventilation mécanique et la durée de séjour étaient similaires entre les 4 groupes de l'étude. L'incidence des infections nosocomiales dans les groupes 1, 2, 3 et 4 était respectivement de 10%, 37,5%, 66% et 11%. La mortalité en réanimation dans les groupes 1, 2, 3, et 4 était respectivement de 15%, 100%, 0% et 10%. Le facteur prédictif de mortalité était le développement d'une pneumopathie acquise sous ventilation mécanique [OR=4,43 (IC, 95(1,47-13,3) p=0,008)].

Conclusion : Dans notre étude, l'incidence d'une éosinophilie ≥4% était de 8%. La mortalité a varié en fonction du pourcentage des éosinophiles mais sans relation de causalité.

F.C47. Discrepancies in pharmacological treatment of stable COPD patients' in reference to the 2011 GOLD recommendations, in a Tunisian medical ICU, 2011-2016

Auteurs : H. Kallel1 , E. Ennouri1 , J. Ayachi1 , R. Ben Jazia2 , K. Meddeb1 , A. Khedher1 , N. Fraj1 , M.A. Boujelbèn1 , W. Zarrougui1 , A. Ben Abdelhafidh1 , I. Ben Said1 , A. Azouzi1 , I. Chouchene1 , M. Boussarsar1,3
Service et Hôpital : *1Farhat Hached University Hospital, Medical Intensive Care Unit, Sousse, Tunisia, 2 Ibn El Jazzar Hospital, Department of Pulmonology, Kairouan, Tunisia, 3 Ibn Al Jazzar Faculty of Medicine, Research Laboratory N° LR14ES05 Interactions of the Cardio-pulm*

Introduction : COPD represents an important public health challenge that is both preventable and treatable. Its treatment success may be largely influenced by the proper implementation of recommendations, such as Global Strategy for Diagnosis, Management, and Prevention of COPD (GOLD 2011). Objectives : To assess the frequency and the severity of discrepancies, in reference to the 2011 GOLD recommendations, in pharmacological treatment of stable COPD patients recruited upon ICU admission for an acute exacerbation.

Methods : A retrospective observational study conducted in an 8-bed Tunisian medical ICU over a 6-years´ period (January 2011 to December 2016). Were included all consecutive patients admitted for AE/COPD. Were described, patients´ past history characteristics and at ICU admission and instrumental and pharmacological treatments. GOLD

2011 stage, frequency and severity of discrepancies were assessed using consensual two experts´ (JA, RB) definitions and opinions.

Results : 314 patients were admitted for AE/COPD over the 6-years´ study period. They were 68.59±10.8years aged, mainly men 281(89.5%). They presented severe clinical status attested by an mMRC≥2 in 268(85.4%); GOLD D 270(86%), frequent exacerbations (≥3) in the last year 101(32.2%) with mean exacerbations episodes at 3.6±3.6. Long term oxygen therapy and home mechanical ventilation were respectively used in 56(18.5%) and 18(5.7%). 138(43.9%) patients were admitted in the ICU with a severe hypercapnic encephalopathy. Mean pH, PaCO2 and bicarbonates were respectively 7.31±0.1; 59.8±18.5mmHg and 31.4±8.4mmol/L. Mean SAPSII score was 32.5±12. Firstline invasive mechanical ventilation (IMV) was registered in 165(52.5%) patients. Mean length of stay (LOS) was 10.9±10.7days with mortality rate at 132(42%). Pharmacological treatment including : Short acting beta agonists (SABA), long acting beta agonists (LABA), inhaled corticosteroids (ICS), long acting muscarinic agonists (LAMA), Theophyllin and LABA/ICS combination were prescribed respectively in : 117(37.3%) patients; 16(5.1%); 68(21.7%); 15(4.8%); 33(10.5%) and 42(13.4%). Only one patient benefited from rehabilitation. Discrepancies was objectified in 261(83.1%) and were classified as severe in 165(52.5%) patients.

Conclusions: In developing countries with low income, the present study highlights the poor access of severe COPD patients to health care system demonstrated by the huge discrepancies either in frequency and in severity of recommended medication and over-utilization of ICU's facilities.

F.C48. Conditions associées au ventilateur : incidence et impact sur la morbi-mortalite

Auteurs: M.Lahmer, O.Jaoued, H.Ben Sik Ali, N.Tilouche, R.Gharbi, M.Fekih Hassen, S.Elatrous
Service et Hôpital : *Réanimation Médicale EPS Tahar Sfar Mahdia*

Introduction: Les conditions associées au ventilateur (VAC) et les complications infectieuses liées à la ventilation mécaniques (IVAC) sont de nouvelles définitions proposées par le « Centre pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC) » pour surveiller les patients ventilés mécaniquement. Actuellement, peu d'études se sont intéressées à déterminer l'incidence des VAC et des IVAC, leur utilité pour le diagnostic de la pneumopathie acquise sous ventilation mécanique (PAVM) et leurs impacts sur la morbi-mortalité en réanimation.

Matériels et méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée entre Janvier 2015 et Décembre 2016. Tous les patients ayant reçus une ventilation mécanique invasive (VM) pour une durée ≥ 02jours étaient inclus. La présence de VAC et d'IVAC a été recherchée de façon journalière. Les paramètres recueillis étaient les caractéristiques démographiques, les comorbidités, le score de gravité SAPSII, la survenue ou non de VAC, de IVAC, ou de PAVM, la durée de la VM, la durée de séjour en réanimation et la mortalité. Les groupes avec et sans VAC, et les groupes des survivants et ceux décédés ont été comparés sur les paramètres suscités.

Résultats : Durant la période de l'étude 219 patients (âge moyen 58±18 ans, sexe ratio 2/3, et SAPSII 39±17) ont été inclus. La médiane de la durée de la VM et de séjour était 11 jours (2-70j) et 16 jours (3-73) respectivement. L'incidence de VAC était de 18,3%. Le délai de survenu de VAC était de 9±6 jours. Les étiologies de VAC les plus fréquentes étaient les IVAC (70% des cas) et les atélectasies (15% des cas). Les étiologies des IVAC étaient représentées majoritairement par les PAVM dans 75% des cas, une infection extra pulmonaire dans 21,4% des cas. Les critères de VAC et d'IVAC n'étaient capables de détecter que 39,6% des PAVM. En comparent les deux groupes VAC et absence de VAC, il n'y avait pas de différence significative concernant les caractéristiques démographiques, les comorbidités et la cause de la défaillance respiratoire. Le groupe VAC avait une durée de VM plus prolongée (19±13 vs 10±8 jours, p≤10-3), une charge de travail (Ω) plus importante (407 vs 208, p≤10-3) et une durée de séjour plus longue (25±16 vs 14±12jours, p≤10-3). La mortalité était plus élevée dans le groupe VAC sans atteindre la signification statistique (45% vs 33% p=0,149). En comparent les survivants aux non survivants, l'incidence des VAC et IVAC était comparable et l'analyse multivariée a montré que seul le score SAPSII était associé à la mortalité (OR : 1,028, IC95% (1,009 -1,047),p=0,004)

Conclusion : les nouvelles définitions (VAC et IVAC) semblent peu performantes en termes de diagnostic de PAVM.

F.C49. Long-term outcome according to ventilation mode in icu survivals from AE/COPD

Auteurs : I Ben Saida 1, W Zarrougui 1, E Ennouri 1, N Sma 1, M Limam 2, N Fraj 1, J Ayachi 1, A Khedher 1, A Azouzi 1, M Boussarsar 1,3

Service et Hôpital : *1. Farhat Hached University Hospital, Medical Intensive Care Unit, Sousse, Tunisia 2. Farhat Hached University Hospital, Department of family and community medicine, Sousse, Tunisia 3. Ibn Al Jazzar Faculty of Medicine, Research Laboratory N° LR14ES05 I*

Background: Randomized controlled trials have confirmed the evidence and helped to define when and where NIV should be the first line treatment of acute exacerbation of COPD (AE/COPD). Its effectiveness in preventing endotracheal intubation and reducing intensive care mortality is undeniable. Few studies have evaluated the relationship between ventilation modalities (noninvasive ventilation [NIV] versus invasive mechanical ventilation [IMV] and long-term survival in COPD patients treated in the intensive care unit (ICU). Objectives: To investigate one-year survival stratified by mechanical ventilation modality in COPD patients treated in the ICU.

Methods: An observational prospective cohort study including all patients admitted to a Tunisian Tertiary ICU for AE/COPD and discharged alive between January 2014 and December 2015. Patients were followed up via phone calls during one year after discharge. Characteristics on admission and outcomes after discharge were analyzed stratified by ventilation modality NIV vs IMV. The overall survival was analyzed on the basis of the Kaplan Meier curves.

Results: During the predetermined period of data collection, the follow-up involved 60 patients. 24 patients were treated by NIV (group1) and 36 patients needed IMV (group2). There was no difference between the 2 groups in age (p=0.69), severity of COPD (p=0.39), physiological reserve at discharge (p=0.14) and ICU readmission (p=1). Short term outcomes were not different between the 2 groups: one-month readmission (16.7% vs 25% respectively in NIV and IMV, p=0.52) and one-month mortality (4.2% vs 19.4%, p=0.18). However, one-year Mortality rate was lower in NIV group (16.7% vs 44.4%, p=0.02). Long-term survival analyzed with the Kaplan-Meier method was significantly greater in the NIV group (p=0.016).

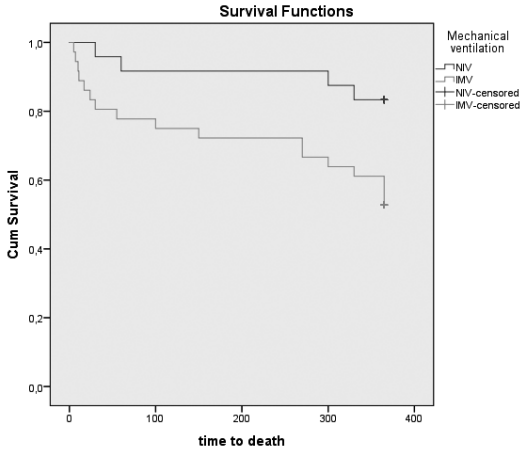


Figure 1 : one year long term survivals according to ventilation mode (NIV, blue line vs IMV, green line) in ICU survival from AE/COPD

Conclusion: In the present study while the characteristic of AE/COPD patients' prior to ICU admission and at discharge were similar, long term survival was higher in the NIV managed patients. Invasive mechanical ventilation seems to be a negative salient feature in the natural course of the COPD. Avoiding IMV by early treatment with NIV in AE/COPD needing critical care is associated with better long-term survival.

F.C50. Malades aux antécédents psychiatriques en réanimation: aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs.

Auteurs : F. Ben Aba*, J. Guissouma, S. Souissi, H. Ghadhoune, H. Brahmi, A Triki, S. Maatouk, M. Samet, H. El Ghord.

Service et Hôpital : *Service de Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte.*

Introduction: Les troubles psychiatriques sont des pathologies fréquemment rencontrées chez les patients hospitalisés en unités de soins intensifs. Néanmoins, il existe peu de données concernant l'impact de la pathologie psychiatrique de fond sur le pronostic de ces patients. C'est dans ce cadre qu'on s'est proposé d'étudier les aspects épidémiologiques,

cliniques et évolutifs des malades aux antécédents psychiatriques admis en réanimation afin de dégager les facteurs pronostiques prédictifs de mortalité.

Patients et méthodes: On a inclus tous les patients aux antécédents psychiatriques qui ont été hospitalisés dans un service de réanimation médicale de 6 lits durant une période de 4ans (de janvier 2014 à septembre 2017). Les données épidémiologiques, cliniques et évolutives ont été recueillies et une étude statistique descriptive et analytique à l'aide du logiciel SPSS a été faite.

Résultats: On a inclus 31 patients soit 5.41% des patients admis dans le service durant la période de l'étude. Les troubles psychiatriques étaient principalement à type de : schizophrénie, dépression et troubles délirants dans respectivement 45.2%, 25.8% et 12.9% des cas. La moyenne d'âge des patients était de 48 ans ±17 avec une prédominance masculine (sex ratio=1.21). Les habitudes décrites chez ces patients étaient surtout l'alcoolisme (12.9%) et la toxicomanie (6.5%). Une tentative de suicide était le motif d'hospitalisation dans plus que la moitié des cas (51.6%) avec une prédominance pour les intoxications délibérées aux médicaments psychotropes (22.6%) et les intoxications aux pesticides, produits ménagers ou industriels en second lieu (19.4%). A l'admission, 90.7% des patients présentaient au moins deux défaillances (neurologique, respiratoire et métabolique dans respectivement 74.2%, 32.3% et 35.5% des cas).la moyenne du score SAPSII était de 34.84±16. Nous avons eu recours à la ventilation mécanique dans 45.2% des cas. Des catécholamines étaient prescrites dans 19.4% des cas. L'épuration extra-rénale était faite dans 6.5% des cas. L'évolution était greffée de plusieurs complications à leur tête les troubles métaboliques (51.6%) et les infections nosocomiales (45.2%). La médiane de la durée d'hospitalisation était de 4 jours avec un minimum de 1 jour et un maximum de 45 jours. La mortalité dans cette série était de 16.1%. L'étude analytique univariée a démontré que l'âge, le sexe féminin et le score SAPSII sont des facteurs prédictifs de mortalité chez cette population de malade. Les antécédents psychiatriques ne constituaient pas de facteurs pronostiques.

Discussion: Les malades aux antécédents psychiatriques admis en réanimation constituent une population à caractéristiques épidémiologiques, cliniques et évolutives particulières. A part la prise en charge de la détresse vitale, une prise en charge de la pathologie de fond est indispensable. Les facteurs prédictifs de mortalité décrits dans la littérature sont l'âge, l'ancienneté de maladie psychiatrique et son retentissement sur l'état nutritionnel et le degré d'autonomie du patient. Dans notre série seulement l'âge, le sexe féminin et le score SAPSII étaient des facteurs pronostiques.

Conclusion: L'impact des antécédents psychiatriques comme facteur pronostique n'a pu être démontré dans notre étude. Des échantillons plus larges pourraient confirmer cette hypothèse.

E-Posters

Modérateurs e posters

DATE	HORAIRE	BORNE	N° E.Poster	THEMES	Modérateurs
30 Novembre	08:30	A	P 001 – P 022	Respiratoire	J. Ben Khelil, A. Azouzi
		B	P 023 – P 044	Hémodynamique	I. Ouanes, A.Trifi
		C	P 045 – P 067	Infectieux 1	S. Ayed, F. Daly
	12:30	A	P 068 – P 085	Infectieux 2	I. Chouchene, T.Marhbene
		B	P 134 – P 145	Métabolique	N. Kouraichi, I. Rahmani
		C	P 146 – P 158	Complications Iatrogènes	M F. Hassen, J. Ayachi
1 Décembre	12:00	A	P 86 – P 99	Infectieux 3	M. Bahloul, I. Sedghiani Landoulsi
		B	P 159 – P 172	Neurologie 1	A. Mokline, Z. Hamouda
		C	P 187 – P 200	Toxico 1	H. Elghord, N. Tilouche
	17:00	A	P 100 – P 113	Scoring, Procédure et Pronostic 1	F. Dachraoui, D. Lakhdhar
		B	P 173 – P 186	Neurologie 2	M. Boussarsar, R. Allala
		C	P 201 – P 214	Toxico 2	N. Brahmi, O. Turki
2 Décembre	09:30	A	P 114 – P 122	Scoring, Procédure et Pronostic 2	R. Boujdaria, I. Ben Saida
		B	P 123 – P 133	Scoring, Procédure et Pronostic 3	C. Ben hamida, I. Fathallah
		C	P 215 – P 231	Autres	I. Chouchene, R. Atig

Thème Respiratoire :

P. 001. La VNI dans la prise en charge de l'OAP chez le sujet âgé aux urgences.

Auteurs : C.B Salah*, J.Lakhal, N.B Mefteh, R.Bawandi, A.Khelil.
Service et Hôpital : *Service des Urgences-SMUR CHU Maamouri Nabeul Tunisie*

Introduction : Les indications de la VNI ont été établies sur des grades de recommandation basés sur les niveaux de preuves. OAP et BPCO en décompensation sont des indications indiscutables de la VNI, mais seul l'OAP peut être traité en VS-PPC par dispositif de Boussignac. La CPAP dans l'OAP est de plus en plus utilisée dans les salles d'urgence, elle l'est depuis 3 ans dans notre service.

Matériels et méthodes : il s'agit d'une étude rétrospective s'étalant sur 2 ans (2015/2016), ayant inclus 63 patients âgés de plus que 65 ans (admis à nos urgences, et/ou transportés par SMUR) et chez qui le diagnostic de poussée d'IVG a été retenu, et l'indication d'une CPAP a été portée.

Résultats : L'âge moyen a été de 72±18 ans, avec prédominance masculine (72%). Les ATCDS sont dominé par l'HTA (79%), et la cardiopathie ischémique (43%). 52% ont été déjà hospitalisés en cardiologie. Les motifs de consultation : Dyspnée (100%), orthopnée (89%), céphalées (68%) et palpitations (59%). Un trouble de la conscience a été signalé dans 4% des cas. 94% de nos patients ont été classés Killip II ou III, PAS moyenne : 150 (130-270) mmHg, RR> 25/mn chez 82% des patients, SpO2<92% dans 84% des cas. La gazométrie (63%) : PH : 7,28±0,08, paO2 : 61±15, pCO2 : 53±16. La durée d'application de la CPAP a été en moyenne de 85 mn (35 à 115 mn). La PEP a été en moyenne de 8 cm H2O (6 à 10). Outre la CPAP, le traitement s'est basé sur : Dérivés nitrés (82%), diurétiques : 86%, drogues vaso-actives: 16%. On a eu recours à l'intubation dans 12% des cas, la mortalité a été de 5%.

Conclusions : Les données cliniques disponibles supportent clairement l'utilisation de la VNI au cours de l'OAP. Lorsque la VNI est associée à un traitement médical standardisé, elle permet alors une amélioration symptomatique et biologique plus rapide, ainsi qu'une réduction de la morbidité et/ou de la mortalité des patients.

P. 002. Des décompensations aigues des BPCO chez le sujet âgé aux urgences. Quels indicateurs d'hospitalisation ?

Auteurs : E.Rbia*, A.Sayhi, C.B Salah, J.Lakhal, Y.Ammar, M.Bayar, N.Ridene, N.Mtaoua, E.Neffati, N.B kahla, R.Bawandi, S.Marzougui, A.Khelil.
Service et Hôpital : *Service des Urgences-SMUR CHU Maamouri Nabeul Tunisie*

Introduction : Les décompensations aigues des BPCO représentent des événements majeurs dans l'histoire de cette pathologie en augmentant la mortalité et en influençant significativement la qualité de vie des patients. Elles sont responsables d'hospitalisations fréquentes avec un impact économique significatif.

Matériel et méthodes : les patients âgés connus BPCO admis pour décompensation aigue de leur pathologie durant l'année 2016. Nos patients ont été divisés en 2 groupe : G1 : patients admis, G2 : patients non admis. Différents facteurs et paramètres ont été analysés, avec une analyse univariée.

Résultats : 132 patients ont été inclus dans cette étude, avec une moyenne d'âge de 72 ans, une prédominance masculine. Les facteurs prédictifs d'hospitalisation en analyse univariée étaient : l'âge avancé, le tabagisme actif, une hospitalisation durant les 12 derniers mois, une symptomatologie évoluant depuis plus de 3 jours, l'apparition récente de palpitations, un syndrome biologique inflammatoire, et le recours à la VNI.

Conclusion : l'identification de facteurs prédictifs d'hospitalisation lors des décompensations des BPCO chez le sujet âgé permettrait une meilleure prise en charge et orientation de ces patients dés l'admission au niveau des urgences

P. 003. Une dermatomyosite amyopathique compliquée d'un SDRA sévère

Auteurs : M.El Euch, M. Hassouna, M.Mahfoudhi, F.Jaziri, K.BenAbdelghani, S.Turki, T.Ben Abdallah
Service et Hôpital : *Sevice de Médecine Interne « A », hôpitalCharles Nicolle, Tunis, Tunisie*

Introduction : La dermatomyosite amyopathique (DMA) est parfois accompagnée de pneumopathie interstitielle rapidement progressive. Les anticorps anti-CADM-140/MDA5 sont des indicateurs spécifiques fortement associés à la mortalité et l'activité de la maladie. Nous décrivons une observation rare d'un adulte ayant une DMA associée aux anti-CADM-140/MDA5 rapidement fatale.

Observation : Patient B.A, 55 ans, a été hospitalisé pour des polyarthralgies inflammatoires fébriles. L'examen cutané a mis en évidence des papules de Goutron en regard des articulations métacarpophalangiennes phalanges, une lésion érythémateuse du coude et une nécrose digitale du cinquième doigt gauche. Tous les pouls périphériques étaient présents. A la biologie, il avait un syndrome inflammatoire biologique et une rhabdomyolyse. Toutes les sérologies virales étaient négatives et l'EMG était normal. A l'immunologie, les anticorps anti CCP étaient fortement positifs (269,6 IU/ml) ainsi que les anti MDA5/CADM (140 IU/ml). La radiographie thoracique a montré un syndrome réticulo nodulaire bilatéral et le scanner thoracique a mis en évidence une pneumopathie interstitielle diffuse. Les explorations fonctionnelles respiratoires ont isolé un syndrome restrictif.Le diagnostic de DMA associée à une polyarthrite rhumatoïde a été porté et il a été traité par la prednisone 1 mg/kg/jour en association avec l'azathioprine avec réponse initiale favorable. Un mois plus tard, le patient présente une fièvre à 40 ° C, dyspnée et une éruption cutanée péri-orbitaire. La CRP était 259 mg/l et la procalcitonine à 33,6. La radiographie thoracique a objectivé une accentuation du syndrome interstitiel. Le scanner thoracique montre une fibrose pulmonaire et pneumomédiastin. Les gaz du sang artériel étaient comme suit: pH = 7,5 ; pCO2 = 29 ; pO2 = 30 avec une saturation d'oxygène dans le sang de 67%. Le diagnostic de fibrose pulmonaire étendue aggravée par une infection bronchique a été posé. Il a été traité par antibiotiques (vancomycine, tienam et amikacine), oxygénothérapie avec mise sous CPAP (avec PEEP à 8) avec hémisuccinate d'hydrocortisone sans amélioration. Le décès est survenu après une semaine en raison de la détresse respiratoire réfractaire.

Conclusion : L'association d'un syndrome dermato-pulmonaire avec les anticorps anti-MD5 est souvent pourvoyeuse d'une pneumopathie interstitielle pouvant etre mortelle. Le diagnostic précoce est primordial afin d'instaurer un traitement adéquat.

P. 004. Non invasive ventilation use in severe hypercapnic encephalopathy

Auteurs: K. Meddeb1, J. Ayachi1, E. Ennouri1, H. Kallel1, M. A. Boujelbèn1, N. Fraj1, Y. Hamdaoui1, W. Zarrougui1, A. Ben Abdelhafidh1, N. Sma1, A. Azouzi1, A. Khedher1, I. Chouchene1, I. Ben Saida1, M. Boussarsar1,2
Service et Hôpital : *Institute(s): 1Farhat Hached University Hospital, Medical Intensive Care Unit, Sousse, Tunisia, 2Ibn Al JazzarFaculty of Medicine, Research Laboratory N° LR14ES05 Interactions of the Cardiopulmonary System, Sousse, Tunisia*

Introduction: Although Severe Hypercapnic Encephalopathy (SHE) is a critical situation, where intubation delays can have disastrous outcomes, a first short trial of NIV could identify a spectrum of responsive patients thus avoiding IMV and its complications, when performed by an experienced team. OBJECTIVES: To assess NIV use, efficiency and outcomes in Severe Hypercapnic Encephalopathy (SHE) compared to Mild to Moderate Hypercapnic Encephalopathy (MMHE).

Methods: Retrospective, observational, monocentric study conducted in an 8bed medical Tunisian ICU from January, 2000 to December, 2015. Were included all consecutive patients admitted for acute on chronic respiratory failure (AE/CRF). Two groups were individualized according to the severity of hypercapnic encephalopathy (SHE and MMHE). Were compared patients characteristics, initial clinical presentation, SAPSII, ABG's on admission, NIV use and outcomes.

Results: Within the study period were admitted 1245 patients for AE/CRF, 727(58%) patients presented with SHE on admission, among them only 31(4,3%) patients received a first trial of NIV. 518 patients were admitted with MMHE with 343 (68,5%) patients receiving firstline NIV (p=0.0001). SHE patients had less Home Mechanical Ventilation and Long Term Oxygen therapy compared to patients who presented with MMHE, respectively, 21(2,9%) vs 33(6,6%), p=0.002 ; and 127 (17,5%) vs 117(23,4%), p=0.011. On admission, they had higher SAPSII score, 35,63±13,44 vs 28,45±10,37, p=0.0001, with lower pH levels, 7,30±0,11 vs 7,33±0.08, p=0.0001. First line NIV success rate of 8(25,8%) was achieved in the SHE group, vs 218(63,3%) in the MMHE group, p=0.0001. Intubation delay was lower

in SHE patients, 1,38±1,15 days vs 2,4±3,07 days, p=0.0004. Intubation rate was higher in SHE group, 23(74,2%) vs 125(36,4%), p=0.0001. There was no significant difference in term of overall mechanical ventilation duration, Ventilator Associated Pneumonia density incidence and length of stay between the two groups. Mortality rate for SHE patients was higher, especially those who were intubated after first line NIV, 378(52%) vs 78(26,4%) for MMHE patients, p=0.0001.

Conclusion: Initial NIV is rarely performed for Severe Hypercapnic Encephalopathy, but when implemented, 25% rate of NIV success has been achieved. However, intubation delay is lower for these patients compared to non SHE patients, showing an adapted behavior of the attending physician in SHE.

P. 005. Compared ventilator associated pneumonia and mortality rates between NIV and IMV in a medical Tunisian ICU

Auteurs : K. Meddeb1, J. Ayachi1, H. Kallel1, Y. Hamdaoui1, J. Baroudi1, M. Boujelbèn1, N. Fraj1, N. Sma1, E. Ennouri1, W. Zarrougui1, A. Ben Abdelhafidh1, I. Ben Saida1, A. Azouzi1, I. Chouchene1, A. Khedher1, M. Boussarsar1,2

Service et Hôpital: *1Farhat Hached University Hospital, Medical Intensive Care Unit, Sousse, Tunisia, 2Ibn Al Jazzar Faculty of Medicine, Research Laboratory N° LR14ES05 Interactions of the Cardiopulmonary System, Sousse, Tunisia*

Background: (NIV) represents a firstline treatment for patients with acute hypercapnic respiratory failure. When possible this technique allows a more comfort for patients; decreases intubation rate and IMV complications. Aim: To assess VAP and mortality rates between NIV and IMV.

Methods: Retrospective, observational, monocentric study conducted in an 8 bed medical Tunisian ICU from January, 2000 to December, 2015. Were included all consecutive patients admitted for acute on chronic respiratory failure for whom ventilatory support with either conventional mechanical ventilation or NIV initiated within the ICU as first line ventilatory support. Were assessed VAP and mortality rates between NIV and IMV.

Results: Among the 4650 enrolled patients, 1245(26,7%) patients were admitted for AE/CRF. Firstline NIV use was in 374(30%). Overall NIV success rate was at 60,4%. In NIV failure group, mean delay to intubation was estimated at 2,3±2,1days. VAP density incidence was higher in NIV failure group, compared to the NIV success group and the firstline IMV group, respectively, 29,3/1000 ventilator days vs 3,6/1000 ventilator days vs 26,9/1000 ventilator days (P=0.0001). This resulted in a higher length of stay for the NIV failure group 14,7±13,1days compared to NIV success group 7,4±4,5days and the firstline IMV group 11,11±10,9days (p=0.0001). Similar results were found regarding mortality rate, which was higher in the NIV failure group compared to both other groups, 64,2% vs 1,3% vs 48,7% (p=0.0001).

Conclusion: Compared to IMV, successful NIV management presents lower VAP density incidence and mortality rate, however delayed intubation after initial NIV seems to be a risk factor for VAP and mortality.

P. 006. Compared NIV use and outcomes in acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease (AECOPD) vs acute exacerbations of restrictive diseases

Auteurs : K. Meddeb1, J. Ayachi1, E. Ennouri1, N. Fraj1, M. A. Boujelbèn1, Y. Hamdaoui1, N. Sma1, W. Zarrougui1, A. Ben Abdelhafidh1, I. Ben Saida1, A. Azouzi1, I. Chouchene1, A. Khedher1, M. Boussarsar1,2

Service et Hôpital : *1Farhat Hached University Hospital, Medical Intensive Care Unit, Sousse, Tunisia, 2Ibn Al Jazzar Faculty of Medicine, Research Laboratory N° LR14ES05 Interactions of the Cardiopulmonary System, Sousse, Tunisia*

Introduction: Acute hypercapnic respiratory failure (AHRF) due to Acute Exacerbation of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (AECOPD) is considered the main indication to Non Invasive Ventilation (NIV). However, this seeming, better response of NIV in AE/COPD compared to other causes of AHRF, needs further investigations. OBJECTIVES: To assess the differences of NIV use and outcomes when in AECOPD compared to other causes of AHRF.

Methods: Retrospective observational study conducted in an 8 bed Tunisian medical ICU during 16 years from January 2000 to December 2015. Were included all consecutive patients admitted for AHRF. Two groups were formed, patients admitted for AECOPD and patients admitted for AHRF other than AECOPD. Were compared patients characteristics, SAPSII, ABG's on admission, NIV use and its success rate, NIV and invasive mechanical ventilation (IMV) duration, Ventilator Associated Pneumonia (VAP) density incidence and mortality rate.

Results: Among 1245 admitted for AHRF, 913(73,3%) were admitted for AECOPD. Other causes of AHRF were mainly acute on restrictive chronic respiratory failure (11,7%) and Obesity Hypoventilation Syndrome (8,6%). Sex Ratio was 8,13:1, in the AECOPD group, and 0,45:1 in the non AECOPD group (p=0.0001). Patients in the AECOPD had a lower rate of Home Mechanical Ventilation 3,7% vs 6,3% (p=0.048), and had less associated comorbidities such Hypertension 21,6% vs 38% (p=0.0001), Diabetes Mellitus 13,4% vs 24,4% (p=0.0001), and chronic heart failure 16,3% vs 8,2% (p=0.0001). They presented more severe clinical status attested by a higher SAPSII score 33,7±13,4 vs 30,8±11,9 (p=0.001). There was no significant difference between the two groups regarding firstline NIV use 28,6% vs 34% (p=0.64) and its success rate 59,4% vs 62,8% (p=0,5). For patients who failed NIV mean intubation delay was estimated at 2,32±2,8 for COPD patients vs 2,31±3,2days in non COPD patients with no significant difference. Total intubation rate combining firstline IMV and NIV failure was estimated at 758(83,1%) in COPD patients vs 261(78,6%) in non COPD patients. They presented overall higher VAP density incidence 22,75/1000VD vs 18,18/1000VD (p=0.041) but when considering patients who had first line NIV there was no significant differences in terms of VAP density incidence, mechanical ventilation duration, length of stay or mortality rate between the two groups.

Conclusions: The present study did not show a better response of AECOPD to NIV compared to other causes of AHRF, this may be due to the initial severity of the COPD patients.

P. 007. Factors associated with niv failure in patients admitted for acute exacerbation of chronic respiratory failure (AE/CRF) in a tunisian medical intensive care unit

Auteurs : K. Meddeb1, J. Ayachi1, H. Kallel1, N. Fraj1, M. A. Boujelbèn1, E. Ennouri1, N. Sma1, W. Zarrougui1, A. Ben Abdelhafidh1, I. Ben Saida1, A. Azouzi1, I. Chouchene1, A. Khedher1, M. Boussarsar1,2

Service et Hôpital : *1Farhat Hached University Hospital, Medical Intensive Care Unit, Sousse, Tunisia, 2Ibn Al Jazzar Faculty of Medicine, Research Laboratory N° LR14ES05 Interactions of the Cardiopulmonary System, Sousse, Tunisia*

Background: The use of NIV has increased over the span of two decades considering its various benefits. On the other hand, NIV failure is regarded to be associated with worse prognosis, which makes the identification of factors related to NIV failure necessary. Aim. To identify risk factors of NIV failure in AE/CRF in a Tunisian medical ICU.

Methods: Retrospective observational study conducted in an 8 bed Tunisian medical ICU over a 16 years period (January 2000 to December 2015). Were included all consecutive patients admitted for acute on chronic respiratory failure for whom NIV was initiated within the ICU as first line ventilatory support. Were collected patients characteristics, clinical presentation on admission, SAPSII, NIV success rate and outcomes. Univariate and Multivariate analyses were conducted to identify factors independently associated to NIV failure.

Results: 1245 patients were admitted to the ICU for AE/CRF. They were 66,72±12,99years aged, 913 (73,3%) were COPD, 145(11,7%) restrictive disease, and 109(8,8%) OHS. 648 (52,1%) had mMRC≥4. Mean SAPSII was 32,93±13,03. 727(58,4%) patients presented with a severe hypercapnic encephalopthy. Mean pH and PaCO2 were respectively 7,31±0,11 ; 63,17±22,37. Overall firstline NIV use was registered in 374(30%), 226(60,4%) patients succeeded. Length of stay (LOS), ventilator free days. (VFD) and mortality were respectively 10,3±9,59days ; 3,37±4,7days and 26,2%. Univariate analysis identified that patients who failed NIV had less Home Mechanical Ventilation 24(10,6%) vs 6(4,1%), p=0.022 ; with severe initial clinical presentation SAPSII 31,5±12,3 vs 26,5±8,6, p=0.0001, severe hypercapnic encephalopathy on admission 23(15,5%) vs 8(3,5%), p=0.0001 ; circulatory failure on admission 20(13,5%) vs 15(6,6%), p=0.026 ; pH, 7,31±0,08 vs 7,34±0,08 (p=0.0001) ; PaCO2, 67,7±21,1 vs 62,7±21,1 mmHg (p=0.026). Multivariate analysis identified SAPSII (OR=0,96 ; IC95% [0,940,98] ; p=0.001), hypercapnic encephalopathy score on admission (OR=0,31 ; IC95% [0,120,77] ; p=0.012) and pH on admission (OR=48,64 ; IC95% [3,59658,8] ; p=0.003) as independant risk factors of NIV failure.

Conclusion: The present study showed that independent factors of NIV failure were Hypercapnic Encephalopathy score, SAPSII and pH level on admission.

P. 008. Profil épidemiologique des insuffisances respiratoires chroniques aux soins intensifs

Auteurs : F.Medhioub, R.Allala, N.Baccouch, M.Boujelbène, A.Nasri
Service et Hôpital : *Service réanimation, Hopital régional Mahres*

Introduction : L'insuffisance respiratoire aigue est une urgence diagnostique et thérapeutique qui constitue un motif d'admission fréquent aux soins intensifs des sujets en insuffisance respiratoire chronique. Ceci nous a incités à étudier leurs caractéristiques épidémiologiques.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective étendue sur six mois (15/02/2017 jusqu'au 15/08/2017) menée au service de soins intensifs de Mahres, impliquant 22 patients connus porteurs d'une insuffisance respiratoire chronique et admis dans un tableau d'insuffisance respiratoire aigue.

Résultats : L'analyse des 22 dossiers colligés trouvait une prédominance masculine avec un sexe ratio à 2.6. L'âge moyen était de 64 ans (26 à 96 ans). L'insuffisance respiratoire chronique était de type obstructif chez 14 patients et restrictive chez 8 patients (asthme et fibrose). Le tabagisme touchait 13 malades dont 11 hommes. Les comorbidités ont été rencontrées chez 17 cas dont 10 avaient plus que deux tares. L'HTA était la principale tare trouvée.

Conclusion : Les décompensations des insuffisants respiratoires chroniques représentent un motif fréquent d'admission en réanimation. L'analyse des critères épidémiologiques des insuffisants respiratoires chroniques aide à établir une stratégie préventive et à améliorer la prise en charge intra et extra hospitalière.

P. 009. Acute respiratory failure: collaboration of icu and emergency staff

Auteurs : H. Kallel*, I. Fathallah, M.A. Boujelbèn, D. Sakis, M. Tobich, S.Habacha, N. Kouraichi
Service et Hôpital : *Hôpital Yasminette de Ben Arous, Service Réanimation Médicale*

BACKGROUND : ICU and emergency staff are facing a growing challenge to provide the best care for patients with acute respiratory failure, as the lack of ICU beds is common in our country. The aim of this study is to evaluate the collaboration between our ICU and the Emergency department in the management of acute respiratory failure in the last 11 months after the inauguration of our new ICU.

METHODS : We have proceeded with a retrospective study along the last 11 months. Were included all patients with acute respiratory failure.

RESULTS : We have collected 57 patients (42% of admissions). Their average age was 62 ± 17 years-old with a sex ratio of 2.9. The median IGSII score was 39 [25-52]. Two patients presented hypoxemic cardio-respiratory arrest in the emergency room. The median stay in emergency room was about 13 hours [6-48h]. It has been over 48 hours for 24% of patients. For patients requiring antibiotherapy, treatment was started in emergency room only in 40% of patients (n=14). A ventilatory support was provided in emergency room for 47 patients: non-invasive ventilation (NIV) (n=34) and mechanical ventilation (n=13).Mechanical ventilation was needed for 9 other patients in the ICU: for NIV failure in one case and for circulatory failure in the other cases (table 1).

Table 1: Ventilatory support according to diagnosis

Ventilatory support	Diagnosis							
	Chronic obstructive pulmonary disease decompensation	Acute community aquired pneumonia	Acute pulmonary oedema	Acute respiratory distress syndrome	Pulmonary embolism	Pneumothorax	Acute severe asthma	Total
Mechanical ventilaion (n)	5	9	3	2	1	0	2	22
Noninvasive ventilation (n)	11	4	8	0	0	0	2	25
High concentration mask (n)	0	1	0	0	1	0	0	2
Nasal cannula (n)	1	0	0	0	0	5	1	7
Continus positve airway pressure (n)	0	0	1	0	0	0	0	1
Total (n)	17	14	12	3	2	5	5	57

The median of hospital stay was 8 days [5-16] with a total mortality rate of 31%. Death was mostly due to septic or cardiogenic shock.

CONCLUSION : Adequate collaboration between ICU staff and emergency staff is the best way to optimize management of acute respiratory failure while waiting for ICU bed.

P. 010. Pneumothorax en réanimation pédiatrique (à propos de 26 cas)

Auteurs : I.Majdoub, A.BenHalima, M.Jerbi, M.Zghal, A.Frikha, M.Hsairi, L. Gargouri, A .Mahfoudh
Service et Hôpital : *Service de pédiatrie, urgence et de réanimation pédiatriques. CHU Hédi Chaker .Sfax*

Introduction : Le pneumothorax spontané est l'irruption brutale et spontanée d'air dans la cavité pleurale. On distingue deux types de pneumothorax spontané: primitif pour les pneumothorax survenant sur un poumon sain, secondaire pour ceux survenant sur un poumon malade c'est-à-dire ayant une pathologie sous-jacente. C'est une pathologie rare chez l'enfant et le diagnostic est à la fois clinique et radiologique. Il constitue une urgence médico-chirurgicale car il peut être grave pouvant engager ainsi le pronostic vital de l'enfant.

Méthode : C'est une étude rétrospective descriptive réalisée dans le service de pédiatrie urgence et réanimation de Sfax du 01er Janvier 2007 au 31 Décembre 2016.

Résultats : Pendant cette période, nous avons colligé 26 cas de pneumothorax chez l'enfant dont 7 (23%) filles et 19 (73%) garçons. L'âge moyen était de 1 an allant de 2 jours à 11 ans. Il s'agit d'un premier épisode de pneumothorax dans 25 cas et d'une récidive dans 1seul cas. Le pneumothorax était classé spontané primitif dans 35% des cas et de spontané secondaire dans 65% des cas. Les étiologies étaient variées : au décours d'une crise d'asthme dans 1 cas, pleuro-pneumopathie dans 4 cas, 1 cas sur un traumatisme fermé du thorax, 1 cas sur inhalation de corps étranger, 4 cas iatrogènes par barotraumatisme, 8 cas sur bronchiolite sévère, et 5 cas de PNO spontanés idiopathiques. Les formes graves (séjour en réanimation et/ou drainage prolongé et/ou PNO récidivant) ont concerné 21 enfants sur 26. Le traitement est était basé sur le drainage thoracique pour 21 enfants (précédé par une exsuflation à l'aiguille dans 10 cas) et l'oxygénothérapie seule pour 5 enfants. La durée de drainage était de 5,3j [2 – 12j]. Aucun cas n'a nécessité le recours à la chirurgie. Aucune complication n'était notée après le drainage. Six décès ont été enregistrés en rapport avec un terrain débilité.

Conclusion : Etant une urgence pédiatrique thoracique, le diagnostic du pneumothorax doit être immédiat dans la mesure où l'évolution vers une forme grave peut se faire à tout instant. Le traitement est surtout basé sur le drainage thoracique.

P. 011. Trachéotomie précoce versus trachéotomie tardive

Auteurs : R.Hammami*, A.Draouil, B.Laaribi, S.Ben Ahmed, R.Souissi, I.Souid, S.Thamlaoui, C .Kaddour
Service et Hôpital : *Service d'anesthésie et de réanimation, Institut National Mongi Ben Hamida de Neurologie de Tunis*

Introduction: La trachéotomie en milieu de réanimation est toujours un sujet de polémique. Si pour certains, elle constitue une situation d'échec et une nécessité imposée par le long séjour. Pour d'autres, elle constitue un élément d'une prise en charge active visant à faciliter la dé réanimation des patients. Le timing de cette trachéotomie reste un sujet de débat, son intérêt est incertain dans les études européennes. Nous avons voulu par notre travail discuter son intérêt à travers la population de notre unité.

Patients et méthodes: Nous avons mené une étude rétrospective avec analyse des dossiers de patients ayant bénéficié de trachéotomie. Nous avons recueilli: les données démographiques et les données relatives à la prise en charge et de l'évolution clinique. Nous avons analysé ces données en fonction des deux définitions les plus utilisés dans la littérature pour la trachéotomie précoce (TP), à savoir un délai de 7 jours et un délai de 2 semaines.

Résultats: 74 patients ont été retenus, majoritairement des hommes (82,4%), ayant un âge moyen de 47±20 ans, totalisant une durée de séjour de 31±26 jours avec une durée de ventilation mécanique de 19±15 jours. Les patients étaient des traumatisés crânien et/ ou polytraumatisés (35,1%) ou ayant présenté une hémorragie méningée ou un accident vasculaire cérébral (33,8%) ou une polyradiculonévrite (PRN) ou une myasthénie (16,2%). Le délai de trachéotomie médian était de 9 jours. 50% ont été trachéotomisé durant la première semaine et 41,9% durant la deuxième semaine. Le taux de mortalité global était de 39,2%. Comme complications relatives à la trachéotomie, on a relevé 2 cas de pneumothorax, 2 cas d'infection du site et un cas de paralysie d'une corde vocale chez un patient présentant une PRN avec atteinte axonale. En se fixant un délai de 7 jours pour la TP, la durée de séjour et la durée totale de l'antibiothérapie étaient plus courtes dans le groupe trachéotomie précoce (23±16 jours vs 40±31 jours avec p=0,003 et 14±10 jours vs 20±14 avec p=0,037 jours respectivement). Il n'y avait pas de différence significative en ce qui concerne les autres paramètres relevés et en particulier la durée de ventilation mécanique et la mortalité. Pour la définition retenant un délai de 2 semaines pour la TP, on a trouvé plutôt une durée totale de ventilation plus

courte 17±11 jours versus 40±33 jours avec p<10-3 et de même que pour la durée de l'antibiothérapie. En analysant les sous groupes, seul un gain en durée de la ventilation mécanique a été retrouvé chez les traumatisés.

Conclusion: La TP n'a pas d'impact sur le devenir des patients mais elle aurait probablement un impact sur la durée de séjour, de ventilation mécanique et la morbidité, surtout si elle est associée à d'autre mesures visant à limiter l'incidence des infections nosocomiales et l'iatrogénie.

P. 012. Une HTAP révélant une hernie diaphragmatique : A propos d'un cas

Auteurs : MW.Mhajba*, Y.Touil, C.Abdennebi, F.Daly, A.Trifi, R.Nasri, S.Abdellatif, S.Ben Lakhal
Service et Hôpital : *Service de Réanimation Médicale. CHU La Rabta*

Introduction: l'HTAP est une pathologie rare et grave par son retentissement hémodynamique et respiratoire. Ses étiologies sont dominées par les BPCO et les atteintes respiratoires restrictives dont la hernie diaphragmatique qui reste une cause rare.

Observation: Il s'agit d'une femme de 63 ans, non tabagique ayant comme antécédent une hypertension artérielle et une ostéosynthèse pour fracture du rachis dorsal à l'âge de 18 ans. Elle est admise dans un tableau d'IRA hypercapnique. L'interrogatoire ne trouve aucune consultation en pneumologie ou aux urgences pour une symptomatologie respiratoire, par ailleurs on trouve la notion d'une somnolence diurne et d'un ronflement nocturne. L'examen initial trouvait une patiente dyspnéique, des signes d'encéphalopathie hypercapnique. La radiographie pulmonaire de face montrait une surélévation de la coupole diaphragmatique droite. La gazométrie a objectivé à un profil d'hypoventilation alvéolaire et une hypoxémie (PaCO2=144 mmHg, PaO2=58 mmHg). L'ETT a révélé une FEVG conservée à 70%, une absence d'élévation des pressions de remplissage avec des cavités droites dilatées (VD/VG=1,3) et une PAPS à 60 mmHg. Un angioscanner thoracique, réalisé à j04, a montré une embolie pulmonaire segmentaire associée à la présence d'une hernie diaphragmatique rétro costo-xyphoidienne droite avec une hernie antérieure droite de 5,8 cm de diamètre. Cette hernie est à contenu digestif (colon transverse). La patiente était intubée à j09 devant l'échec clinique et gazométrique de la VNI puis trachéotomisée à j11 d'intubation. L'évolution était favorable avec un sevrage rapide de la ventilation mécanique. La patiente était mise sortante après mise en place d'une canule double chemise sous OLD et adressée à la consultation externe de chirurgie.

Conclusion: Les complications respiratoires à l'âge adulte des hernies diaphragmatiques sont peu décrites dans la littérature mais méritent d'être connues en raison des implications thérapeutiques. Dans notre cas, il s'agit de la symptomatologie principale ce qui n'est pas habituellement, les signes digestifs étant au premier plan chez l'adulte. Le diagnostic de certitude repose sur le scanner et le traitement de référence fait appel à la chirurgie.

P. 013. Trends in ventilator associated pneumonia (VAP) rate in patients assisted with NIV for acute on chronic respiratory failure (AE/CRF) in a Tunisian medical ICU, 2000-2015

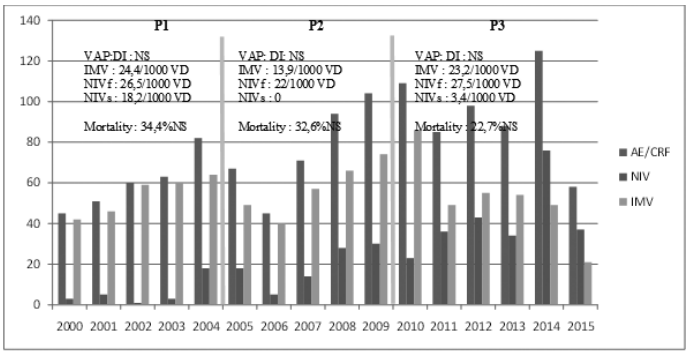
Auteurs : K. Meddeb1, J. Ayachi1, M.A. Boujelbèn1, N. Fraj1, J. Baroudi1, H. Kallel1, A. Ben Abdelhafidh1, E. Ennouri1, W. Zarrougui1, N. Sma1, A. Azouzi1, I. Ben Saida1, I. Chouchene1, A. Khedher1, M. Boussarsar1,2
Service et Hôpital : *1Farhat Hached University Hospital, Medical Intensive Care Unit, Sousse, Tunisia, 2Ibn Al Jazzar Faculty of Medicine, Research Laboratory N° LR14ES05 Interactions of the Cardiopulmonary System, Sousse, Tunisia*

Background : NIV is the firstline treatment for the management of (AE/CRF) in the intensive care unit. However, the impact of NIV use on nosocomial infections and mortality remains unclear. Aim : To evaluate the effect of NIV use in patients admitted for AE/CRF on VAP and mortality.

Methods : Retrospective observational study conducted in an 8¬bed Tunisian medical ICU during 16 years from January 2000 to December 2015. Were included all consecutive patients admitted for AE/CRF. Were assessed trends in density incidence of VAP and mortality rates.

Results : Among 4650 ICU admissions, 1245(26,7%) were admitted for AE/CRF. First line NIV was administered in 374(30%) patients. Figure 1 displays comparative VAP density incidence and mortality within 3 predefined periods.

Conclusion : The steady increase of NIV use did not have a significant impact on density incidence of VAP neither on mortality rate ; showcasing the need for better management of NIV in the ICU where periods of organizational difficulties did not allow acquiring enough experience until the last five years.



P1, period 1 : 2000-2004 ; P2, period 2 : 2005-2009 ; P3, period 3 : 2010-2015 ; AE/CRF, acute exacerbation on chronic respiatory failure ; VAP, ventilator associated pneumonia ; NIV, non invasive ventilation ; NIVs, NIV success ; NIVf, NIV failure; IMV, Invasive Mechanical Ventilation; VD, Ventilator days.

Trends of VAP and mortality rates in patients having first line NIV

P. 014. Trends in use of NIV in acute exacerbation of chronic respiratory failure (AE/CRF) in a Tunisian medical ICU, 2000-2015

Auteurs : K. Meddeb1, A. Khedher1, Y. Hamdaoui1, J. Ayachi1, N. Fraj1, M. Boujelbèn1, N. Sma1, E. Ennouri1, W. Zarrougui1, A. Ben Abdelhafidh1, H. Kallel1, I. Ben Saida1, A. Azouzi1, I. Chouchene1, M. Boussarsar1,2

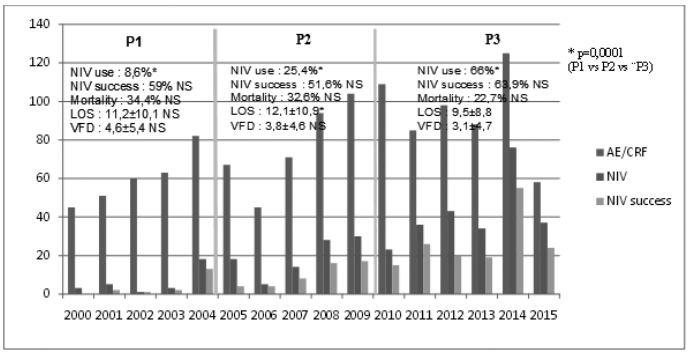
Service et Hôpital : *1Farhat Hached University Hospital, Medical Intensive Care Unit, Sousse, Tunisia, 2Ibn Al Jazzar Faculty of Medicine, Research Laboratory N° LR14ES05 Interactions of the Cardiopulmonary System, Sousse, Tunisia*

Introduction : NIV has become a cornerstone for the supportive therapy to manage critically ill patients with AE/CRF. It reduces the need of mechanical ventilation, complication rates and mortality. These benefits deserve more evaluation, especially in developing countries where organization difficulties may impede NIV efficiency. Objectives : To assess trends in use of NIV in AE/CRF in a Tunisian medical ICU.

Methods : Retrospective, observational, monocentric study conducted in an 8¬bed Tunisian medical ICU from January, 2000 to December, 2015. Were included all consecutive patients admitted for AE/CRF. Were assessed : patient's characteristics, trends in use of NIV, success and failure rate of NIV use, length of ICU stay, ventilatory free days and mortality.

Results : Among the 4650 patients admitted within the 16 years' study period, 1245(26,7%) presented with AE/CRF. They were 66,72±12,99years aged, 913 (73,3%) were COPD, 145(11,7%) restrictive disease, and 109 (8,8%) OHS. 648 (52,1%) had mMRC≥4. Mean SAPSII was 32,93±13,03. 727(58,4%) patients were presented with a severe hypercapnic encephalopathy. Mean pH and PaCO2 were respectively 7,31±0,11 ; 63,17±22,37. Overall firstline NIV use was registered in 374(30%), 226(60,4%) patients succeeded . Length of stay (LOS), ventilator free days (VFD) and mortality were respectively 10,3±9,59 ; 3,37±4,7 ; 26,2%. Compared results between three predefined periods (P1, P2, P3) are displayed on the figure 1.

Conclusion : Despite a progressive increasing rate of NIV use over the course of sixteen years, this did not result in a similar progression neither of its success rate with no significant impact nor on mortality rate, probably due to ICU organizational problems, that may have interfered with NIV management and resulting in a steady gain in the learning curve.



AE/CRF, acute exacerbation of chronic respiratory failure ; P1, period 1: 2000-2004 ; P2, period 2 :2005-2009 ; P3, period 3 : 2010-2015 ; NIV, non invasive ventilation ; LOS, length of stay ; VFD, ventilator free days.

Trends of use of NIV and its outcome over a 16 years' period

P. 015. A case of massive hydatid pulmonary embolism incidentally discovered in a 56-year old woman with post-traumatic abdominal pain

Auteurs: I.Missaoui, H.Sandid, S.Zaouali, M.Khaldi, S.Rhomdhani, A.Ouahchi, M.Methammem
Service et Hôpital : *Emergency Department Farhat Hached Hospital*

Introduction: Hydatid pulmonary embolism is an uncommon condition resulting from the rupture of a hydatid heart cyst or the opening of a visceral hydatid cyst into the venous circulation. We report a case with pulmonary hydatidosis resulting into a massive bilateral pulmonary embolism in a 56-year-old woman with history of hepatic echinococcosis.

Observation: A 56-year-old woman presented to our emergency department with a post traumatic abdominal pain as she was punched and hit with a rock several times on both the right upper quadrant of her abdomen and the lower part of her chest 2 hours prior to her admission to our department. She was otherwise well with a medical history of a surgical excision of a hepatic hydatid cyst at the age of 40. There was no history of recurrent cough, hemoptysis, dyspnea or chest pain. The laboratory investigations were all within normal limits. On examination, the patient appeared well. In the chest X-ray, there was a rounded prominence of the left cardiac border with the presence of a radiolucent rim at its superior aspect (crescent sign) CT scan of the chest revealed a 31 cm dilatation of the pulmonary trunk with a partial occlusion of the left pulmonary artery and a complete occlusion of the right pulmonary artery by a fluid attenuation lesion. The radiologic investigations concluded a massive pulmonary hydatid embolization with pulmonary echinococcosis.

Discussion: Echinococcosis or hydatid disease is caused by larvae of the tapeworm Echinococcus.In cystic echinococcosis, humans are an accidental host and are usually infected by handling an infected dog In our case, the investigations of a post traumatic abdominal pain leaded not only to the discovery of pulmonary echinococcosis but also a massive bilateral hydatid pulmonary embolization. Hydatid pulmonary embolism can occur either as a result of hepatic or abdominal cyst rupturing into the hepatic veins or the inferior vena cava or directly from the ruptured cyst in the right cardiac chambers.

Conclusion: In summary, pulmonary embolism caused by E.granulosus should be considered in patients who have undergone surgery for hepatic or cardiac cyst removal, especially in regions where echinococcosis is endemic

P. 016. Thoracic actinomycosis .....from pneumothorax to empyema

Auteurs : S.Zaouali, Z.Mezgar, A.Selmi, M.Khrouf, L.Zeglaoui, M.Methammem
Service et Hôpital : *Emergency Department Farhat Hached Hospital*

Introduction: Pulmonary actinomycosis in human begins is still a rare affection, very rare in the united states it seems to be more seen in Austria and Russia, Thoracic actinomycosis is a relatively uncommun anaerobic infection and pneumothoraces caused by actinomycois are very rare.

Case report: We reported a case of a 30 years-old man who presented with five years history of chronic productive cough and loss of weight, diagnosed with thoracic actinomycosis and hospitalized several times in pneumology department at Farhat Hached Hospital. He was admitted in our department with an acute left chest pain accompanied by shortness of breath, There was no history of recurrent cough, hemoptysis, or dyspnea. The temperature was 37, the pulse was 128, the respiratory rate was 22, the oxygen saturation was 96% while the patient was breathing the ambient air, the blood pressure was 14/9 mmHg. A computed tomography revealed a partial left pneumothorax. He was admitted in the cardiothoracic surgery department and a pleural drainage was performed. However, two weeks after discharged from the hospital, he presented again with worsening respiratory symptoms and radiological evidence of a left empyema.

Conclusion: Early recognition of the disease is of tremendous importance, and beginning adequate treatment may affect recovery, until now the physiopathology of these complication isn't clear but what's important it's to diagnose and to treat as soon as possible .

P. 017. Hydatidose compliquées aux urgences : à propos de trois cas

Auteurs: S.Zaouali, M.Khrouf, S.Mabsout, H.Sandid, S.Rhomdhani, A.Saada, M.Methamem
Service et Hôpital : *Services Des Urgences hôpital Farhat Hached*

Introduction : Le poumon représente chez l'adulte la deuxième localisation de l'hydatidose. C'est une pathologie qui est encore endémique en Tunisie et qui représente un problème de santé publique. Nous rapportons trois cas de découverte fortuite d'hydatidose pulmonaire au stade de complication.

Observations : Observation 1 : un jeune de 17 ans fébrile a été adressé en mars 2017 pour prise en charge d'une pneumopathie. L'analyse radiologique de la radiographie standard de face nous a amenés à réaliser un cliché de profil et une TDM thoracique montrant un kyste hydatique du poumon droit infecté. Le patient a été adressé en chirurgie cardiovasculaire pour complément de prise en charge.

Observation 2 : une jeune de 19 ans adressée pour prise en charge d'une pleurésie droite dans un contexte fébrile, on a réalisé une TDM thoracique qui a mis en évidence un kyste hydatique du poumon rompu dans la plèvre.

Observation 3 : une patiente âgée de 39 ans sans antécédents pathologique notable opérée qui consulte pour douleur abdominale à la suite d'une agression. La patiente, devenue polypneique avec un tableau d'insuffisance respiratoire aigue on a réalisé un angioscanner thoracique qui a mis en évidence une embolie d'origine hydatique.

Conclusion : Le kyste hydatique représente encore dans notre pays un problème de santé publique d'où l'intérêt de compagne éducative et d'un dépistage surtout dans les zones endémiques. D'autre part l'hydatidose pulmonaire compliquée continue à poser des difficultés diagnostiques étant donné son polymorphisme radio clinique et la complexité des lésions dans certains cas.

P. 018. Pronostic des sujets agés ventilés en Réanimation

Auteurs : D.Ben Braiek*(1), O.Beji(1), R.Atig(1), M.Zghidi(1), G.Sboui(1), C.Jebali(2), H.Hmouda(1)
Service et Hôpital : *(1) Service de réanimation médicale du CHU Sahloul Sousse (2) Service des urgences du CHU Sahloul Sousse*

Introduction : De nombreuses études ont conclu que l'association ventilation invasive et vieillissement augmente le taux de mortalité en réanimation car elle favorise la survenue de complications notamment infectieuses et iatrogènes sur un terrain fragilisé par les modifications liées à l'âge, d'autres voient que la gravité de l'affection aigue, les comorbidités et les autres dysfonctionnements d'organes sont des facteurs pronostics plus importants. Le but de notre étude est de déterminer les caractéristiques des patients âgés soumis à une ventilation mécanique invasive ainsi que les facteurs pronostiques.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude transversale analytique mono centrique sur une période de 4 ans allant du 1er janvier 2013 au 31 décembre 2016. Les patients âgés de 65 ans ou plus à l'admission en réanimation ayant nécessité le recours à la ventilation invasive ont été inclus. Les patients admis d'emblée pour fin de vie ont été exclus. Les données anamnestiques, cliniques ainsi que pronostiques ont été recueillies à partir des dossiers des malades sur une fiche de renseignements préétablie.

Résultats : Durant la période d'étude, 51 patients répondant aux critères d'inclusion ont été retenus pour ce travail. Dans notre population, environ deux tiers des patients étaient des hommes, soit 68,6%. L'âge moyen des patients était de 74 ±6 ans. Les moyennes des scores de gravité APACHE II, SAPS II et SOFA étaient respectivement 28 ±9 ; 45 ±11 et 9 ±3 .La durée moyenne de la ventilation invasive était de 10,8 ±11 jours. Les indications de la ventilation invasive étaient essentiellement respiratoires tels le SDRA (35,3%) et l'OAP cardiogénique (27,5%) puis neurologique (27,5%). La ventilation invasive était indiquée lors d'une décompensation d'une insuffisance respiratoire chronique chez 43,1% des patients. 70,6% des malades avaient été ventilés antérieurement à leur admission en réanimation. Dans le cadre du sevrage, 19,6% des sujets âgés ont été trachéotomisés au cours de leur séjour. Chez 58,8% des patients ventilés, le séjour s'est compliqué d'une PAVM. La durée moyenne de séjour en réanimation était de 15,2 ±13,8 jours. La mortalité était de 43,1%. Parmi les patients survivants, 27,5% sont sortis sous oxygénothérapie. Chez les sujets âgés ventilés, la mortalité était significativement associée aux scores de gravité : SAPS II (p=10-3), APACHE II (p=0,03) et SOFA (p=0,03). D'autre part, la survie était significativement meilleure chez les patients ventilés avant leur admission en réanimation (p=0,045), chez les patients trachéotomisés au cours de leur séjour en réanimation (p=0,03), chez ceux admis pour décompensation d'une IRC (p=0,02) et chez les patients ventilés pendant une durée ≥ 7 jours (p=0,002).

Conclusion : Selon notre étude, l'âge en soit n'est pas un facteur de mauvais pronostic chez les sujets âgés ventilés en réanimation, mais seulement la gravité de la maladie constitue un facteur prédictif de mortalité. L'assistance ventilatoire précoce et la trachéotomie se sont révélés des facteurs protecteurs chez ces patients âgés ayant nécessité la ventilation invasive.

P. 019. Clinical characteristics of patients with late onset pompe's disease requiring mechanical ventilation in the long term

Auteurs : I. Ben Saida1, W. Zarrougui1, A. Khedher1, J. Baroudi1, N. Fraj1, M.A. Boujelbèn1, N. Sma1, E.Ennouri1, H. Kallel1, A. Ben Abdelhafidh1, A. Azouzi1, I. Chouchene1, J. Ayachi1, D. Orlikowski2, M.Boussarsar1,3

Service et Hôpital : *1Farhat Hached University Hospital, Medical Intensive Care Unit, Sousse, Tunisia, 2 Raymond Poincaré Teaching Hospital, Medical Intensive Care Unit, Garches, France, 3 Ibn Al Jazzar Faculty of Medicine, Research Laboratory N° LR14ES05*

Introduction: Pompe's disease (Acid Maltase deficiency) is a rare metabolic myopathy. Unlike other neuromuscular diseases in which respiratory problems occur after loss of ambulation, respiratory failure in pompe disease progress more rapidly than motor impairment and hypoventilation during sleep may occur even if the patient is still fully mobile. Objectives: To study correlations between clinical features and physiological respiratory parameters to better predict respiratory disorders onset.

Methods: It's a retrospective observational study. All patients with late onset Pompe's disease followed at the Raymond Poincaré teaching hospital (Garches, France) until November 2013 were included. The study collected: demographic characteristics, clinical features, ABG's parameters, lung and respiratory muscle function assessed at diagnosis and at the time of ventilation. The differences between the use or not of mechanical ventilation were compared using an unpaired t test. Correlations between respiratory parameters and clinical features were also studied with Wilcoxon rank sum test with continuity correction.

Results: A total of 33 patients (48,5% male ; 51,5% female) were included. The mean age of the first motor symptoms and at diagnosis of pompe's disease was respectively 38,3±14,6 and 46,4±14,5 years. 80,6% of patients could walk without aids, and 9,7% were confined to wheelchair. The average score of Walton was at 3,16±1,5 while 54% of patients required home ventilation. 72,2% of patients complained of dyspnea and 61,1% had clinical signs of hypercapnia. The comparison of the use of mechanical ventilation showed no difference in age at diagnosis, at onset of motor symptoms and diagnostic delay. However, a significant difference in the Walton score was detected (4,1±1,9 vs 2,6±1 ; p=0,04). Initial Vital capacity (VC) was lower in patients who will need home ventilation : VC in sitting position (1,1±0,4 vs 1,8±0,8 ; p=0,01) and VC in supine position (1,8±0,5 vs 2,4±0,9 ; p=0,03).

Maximal inspiratory pressure (Pimax) was also lower in the group who will be ventilated (24,3 ±8,1 Vs 43,8 ±29 ; p= 0,03). No significant correlations were found between clinical symptoms and ventilator capacity. However, significant correlation was found between excessive daytime sleepiness and VC in sitting position (W=63.5 ; p=0.026).

Conclusions: An early onset of respiratory disorders preceding muscular weakness distinguishes Acid maltase deficiency from other neuromuscular diseases. These patients may warrant home ventilation early in the natural course of motor disorders. A sharp follow up using ABG's, ventilatory functional tests and Walton Score may add a valuable discriminative properties to the clinical monitoring.

P. 020. Predictors of outcomes in COPD exacerbation cases presenting to the emergency department

Auteurs: I.Mekki, R.Hamami, N.Nouira, S.Jaouani, R. Ammar, M.Ben Cheikh

Service et Hôpital: *Service des Urgences. Hopital Mongi Slim la Marsa*

Introduction: Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a major healthcare issue and became the third leading cause of mortality worldwide. World Health Organization projections predict that COPD-related mortality and disability will continue to increase worldwide. Exacerbations are major events in the history of the disease, especially when hospitalization is required. Exacerbations markedly impair quality of life, and their repetition may affect the natural history of the disease as assessed by the rate of lung function decline and mortality.

Results: A total of 72 patients were included.69.4% were male and 30.6% were female.The mean age was 70 years old (min 45 and max 94).Admitted patients were more often former smokers (75%), and had more admissions for COPD during the past 2 years (69.4%).Most of the patients received inhaled beta2-agonists, anticholinergics, oral corticosteroids (CS), and antibiotics (54%).Dyspnea was the initial clinical presentation in 80.6% of patients. The most frequent cause of exacerbation was respiratory infection in 40.3% of cases. 34% of the patients needed NIV and 5% mechanical ventilation.The in-hospital mortality rate was 8.4%. 58 patients (80,6%) were discharged home from the ED.The identified factors most related to mortality were intubation in 66% (p<0,001), coma since initial presentation at ED in 33% (p=0,02), admission in ICU in 50% (p<0,001), heart failure in 66% (p=0,05) and age >75 years in 80%(p=0,04).

Conclusion: Our study provides simple prognostic factors for use in patients with chronic obstructive pulmonary disease exacerbations presenting to the emergency department and represent powerful predictors of the risk of both death and need for post-hospital support. More studies are required to develop a practical admission decision rule to support physician decision making in the management of COPD patients with an acute exacerbation.

P. 021. Facteurs prédictifs d'intubation difficile en Réanimation

Auteurs: I.Bannour, H.Romdhane*, I.Lazreg, M.Mestriri, S.Romdhani M.Ouaz, Y.Meksi, A.Majdoub
Service et Hôpital : *Service d'anesthésie réanimation –hopital tahar Sfar Mahdia*

Introduction: L'intubation endotrachéale est une procédure bien codifié mais sa difficulté est mal apprécié en réanimation. Elles sont sources de plus d'incident que les intubations simples. Les facteurs prédictifs utilisés en anesthésie n'ont pas été validé en réanimation. L'objectif de cette étude était d'évaluer la fréquence d'intubation difficile en réanimation et de rechercher ses facteurs prédictifs

Matériels et méthode : Inclusion de 60 patients ayant nécessité une intubation dans le service de réanimation pendant une période de 15 mois. Enregistrements des différents scores d'intubation difficile ainsi que le déroulement de la procédure d'intubation ont été faite.

Résultats: Dans notre étude, le pourcentage des patients avec ventilation au masque difficile était de 33.3%. L'incidence de l'intubation difficile était de 20%. Un score de MACOCHA >=3 était présent chez 30% de nos patients. Un IDS >5 prédit une intubation difficile dans 6.7% des cas.Le guide d'Eschman était utilisé chez 10% de nos patients. Une seule intubation était faite par l'Airtraq (1,7%). L'intubation difficile et l'intubation œsophagienne étaient les complications modérées les plus observées avec un taux de 20% pour chacun. L'intubation difficile a été statistiquement liée au sexe masculin, aux ATCD de (BPCO), le MACOCHA score, un Mallampati de 3 ou 4. Le taux de mortalité était statistiquement lié à la survenue d'une intubation difficile (n=0,008).Par contre, on n'a pas trouvé de résultats significatifs pour la durée totale d'hospitalisation (p=0,26) ainsi que la durée de ventilation mécanique (p=0,95) concernant leurs rapport avec le taux de mortalité. Il existe une relation statistiquement significative entre la difficulté d'intubation et la survenue d'hypoxie sévère

Conclusion : Cette étude souligne l'incidence élevée de l'intubation difficile. Nous recommandons le développement de protocoles d'intubations spécifiques à la réanimation pour diminuer leur fréquence

P. 022. Un syndrome de détresse respiratoire aigüe d'étiologie inhabituelle

Auteurs: H. Doghri, F. Daly, A. Trifi, R. Nasri, Y. Touil, S. Abdellatif, S. Ben Lakhal
Service et Hôpital: *Service de réanimation médicale du CHU La Rabta de Tunis*

Introduction : La lymphangite carcinomateuse pulmonaire est une forme particulière de dissémination de certaines tumeurs. IL s'agit d'une forme grave avec fréquemment un retard diagnostique et thérapeutique. Nous rapportons le cas d'une lymphangite carcinomateuse compliquée de syndrome de détresse respiratoire aigu sévère réfractaire.

Observation : Il s'agit d'une patiente âgée de 44 ans sans antécédents particuliers. Elle a été admise en pneumologie pour prise en charge d'une dyspnée avec toux sèche évoluant depuis quelques mois dans un contexte d'altération de l'état général. Devant la présence de signes radiologiques de miliaire à la tomodensitométrie thoracique et devant la notion de contage, la patiente a été mise sous traitement antituberculeux, sous corticoïdes systémiques et sous oxygénothérapie au masque facial. Devant l'aggravation des échanges gazométriques, l'apparition de signes de lutte respiratoires et l'augmentation des besoins en oxygène, la patiente nous a été transférée pour complément de prise en charge, trois semaines après le début du traitement antituberculeux bien conduit. Une surinfection pulmonaire sur miliaire tuberculeuse compliquée de SDRA a été retenue. La patiente a été intubée, sédatée, curarisée et mise sous ventilation mécanique. Une fibroscopie bronchique a été pratiquée avec un lavage bronchoalvéolaire concluant à la présence de cytologie bronchique tumorale dont l'immuno-cytochimie évoque un adénocarcinome bronchique. L'évolution était marquée par l'absence d'amélioration sur le plan respiratoire et la survenue d'un arrêt cardiaque d'origine hypoxique.

Conclusions : La lymphangite carcimateuse compliquée d'un SDRA est une entité rare et grave. Par ailleurs, si l'aspect de miliaire évoque en 1er lieu une origine tuberculeuse dans un pays comme la Tunisie, doit faire évoquer d'autres étiologies devant une évolution inhabituelle sous traitement bien conduit.

Thème Hémodynamique :

P. 023. Prise en charge de la douleur thoracique du SCA ST+ par chlorhydrate de morphine en pré-hospitalier: Expérience du SMUR de Nabeul

Auteurs : M.Mekki*, J.Lakhal, M.Bayar, N.Mtaoua, N.Ridene, A.Khelil..
Service et Hôpital : *Service des Urgences-SMUR CHU Maamouri Nabeul Tunisie*

Introduction : La prise en charge de la douleur dans le SCA ST+ ne doit pas être négligée. L'efficacité de cette prise en charge repose sur sa reconnaissance, la mise en place et l'application de protocoles adaptés à la pathologie et au patient. Le chlorhydrate de morphine reste le morphinique de référence et sa prescription nécessite la mise en place de protocoles spécifiques.

Patients et méthodes : Etude rétrospective incluant 60 patients présentant un SCA ST+ avec EVA≥6 cm, pris en charge par l'équipe SMUR de Nabeul et ne présentant pas une contre indication à la thrombolyse par Métalyse. Le protocole : titration de morphine par boulus de 3 mg/5min, renouvelée jusqu'à obtention d'une EVA ≤3 cm. Les données sont analysées au moyen de SPSS version 18.

Résultats : L'âge moyen de nos patients a été de 56.86±10.5 ans (extrême : 36 à 75 ans), avec une exclusivité masculine. Les facteurs de risques ont été essentiellement le tabac (86.66%), l'HTA (20%) et le diabète (13.33%). Les territoires les plus touchés ont été l'inférieur (33.33%) et l'antérieur (30%). Le délai moyen entre l'apparition de la douleur thoracique et la thrombolyse a été de 264±162 minutes (extrême : 45 min à 25 heures). Le chlorhydrate de morphine a été administré dans 83.33% des patients âges de moins de 65 ans. La dose moyenne a été de 6.66±2.5 mg (extrêmes : 3 à 13 mg). L'EVA initiale moyenne a été de 7.93±3.5 cm. Seulement 26.66% des patients ont nécessité un seul boulus de morphine pour avoir une EVA≤3 cm. L'évaluation de la douleur du SCA ST+ par l'EVA en fonction des doses administrées de morphine dépend : de l'âge, de l'EVA, du tabagisme actif, le territoire inférieur et la durée entre l'apparition de la douleur et la thrombolyse (≤6 h).

Conclusions : L'efficacité de la prise en charge de la douleur dans le SCA ST+ en extrahospitalière repose sur son intensité. Il faut savoir la reconnaitre, l'évaluer et appliquer des protocoles thérapeutiques adaptés aussi bien à la pathologie qu'au patient.

P. 024. Thrombolyse pré-hospitalière du syndrome coronarien aigu ST+ (SCA ST+) chez les patients présentant une hyperglycémie à la phase initiale

Auteurs : N.B Mefteh*, S.Marzougui, Y.Ammar, N.Mtaoua, N.Ridene N, A.Khelil.
Service et Hôpital : *Service des Urgences-SMUR CHU Maamouri Nabeul Tunisie*

Introduction : Le SCA ST+ est l'une des principales causes de mortalité dans le monde. Sa prise en charge thérapeutique est actuellement bien codifiée afin d'optimiser la revascularisation urgente de l'artère occluse. Cette stratégie laisse une grande place à la thrombolyse notamment pré-hospitalière. Le but de notre travail est d'étudier les particularités épidémiologiques er cliniques du SCA ST+ chez les patients présentant une hyperglycémie à la phase initiale, et de déterminer si ce facteur est responsable d'un échec de la thrombolyse.

Patients et méthodes : Etude rétrospective s'étalant sur 5 ans, portant sur 53 patients présentant un SACA ST+ avec hyperglycémie à la phase initialle, pris en charge par l'équipe de SMUR de Nabeul et ne présentant pas une contre indication à la thrombolyse.

Résultats : L'âge moyen de nos patients a été de 61.05±13.5 ans, avec une prédominance masculine (SR=7.83). Les facteurs de risque cardio-vasculaire les plus fréquents ont été tabac (66.04%), le diabète (37.73%) et l'HYA (35.85%). La moyenne de la glycémie a été de 2.68±1.1 g/l. 81,13% de nos patients ont été classés Killip I. Les IDM inférieurs et antérieur ont été les plus fréquents dans respectivement 37.73% et 26.42%. L'atteinte d'un seul territoire a été souvent observée dans 75.47%. 79.25% des patients ont été classés à risque faible. Plus que la moitié de nos interventions ont été au cours de la journée. Le délai moyen entre l'apparition de la douleur thoracique et la thrombolyse a été de 261±181 minutes. Le taux d'échec de la thrombolyse a été de 67.92%, dont 66.67% des patients ont été acheminé dans une salle de cathétérisme pour ATC primaire.

Conclusion : l'hyperglycémie à la phase initiale de l'IDM est un facteur prédictif d'échec de la thrombolyse. Un contrôle glycémique pourrait être nécessaire à fin d'améliorer le pronostic

P. 025. Intérêt de la mesure de la différence artério veineuse en CO2 en chirurgie cardiaque

Auteurs : I. Ben Naoui, A.G. Ammous, I. Nefzi, A. El Ghali, A. Saidi, A. Ammous, A. Cherif
Service et Hôpital : *Service d'anesthésie réanimation. Hôpital La Rabta*

Introduction : La différence artério- veineuse en CO2 (ΔPCO2) est un indicateur de la perfusion macro- et microcirculatoire au cours des états de choc. Dans les états de choc septiques, un gradient de pression artério- veineuse en CO2 < 6 mmhg (en complément d'une saturation veineuse en oxygène [SvO2] > 70%) témoigne d'une hémodynamique centrale restaurée et constitue un objectif thérapeutique.

L'objectif de cette étude est d'étudier l'intérêt de la différence artério-veineuse en CO2 en chirurgie cardiaque.

Matériel et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective, observationnelle, mono centrique menée entre janvier et Mars 2017. Nous avons inclus consécutivement tout opéré admis en réanimation après chirurgie cardiaque sous circulation extra corporelle (CEC). Le même protocole anesthésique a été suivi chez tous les patients. L'inclusion du patient dans l'étude était réalisée à son entrée en réanimation immédiatement après la chirurgie. Le recueil de données était effectué à l'arrivée du patient en réanimation (H0), 1 heure (H1), 2 heures (H2), 3 heures (H3), 6 heures (H6) et 10 heures (H10) après si le patient était toujours sédaté sous ventilation contrôlée. Les données suivantes étaient alors collectées : - Caractéristiques démographiques du patient : âge, sexe, poids - Type de chirurgie - Durée de la CEC (min) - Paramètres hémodynamiques - Support par inotropes et vasopresseurs, qualitatif et quantitatif - Paramètres ventilatoires - Paramètres biologiques : gaz du sang artériel et veineux mêlé, lactatémie, hémoglobine, hématocrite, ΔPCO2 et sa corrélation avec le taux de lactates

Résultats : Trente-trois patients ont été opérés sous CEC au cours de cette période. L'âge moyen était de 48 ±9 ans. Les interventions étaient réparties entre remplacement valvulaire mitral n=9 (27%), remplacement valvulaire aortique n=8 (24%), pontage aorto-coronnaire n=8 (24%) et dissection aortique type A n=8 (24%). La durée moyenne de CEC était de 89 ±5 minutes. La moyenne de fraction d'éjection ventriculaire gauche (FEVG) était de 50 ±2%. La corrélation entre la ΔPCO2 et le taux de lactates était significative (tableau 1). Nous avons trouvé une corrélation significative entre le taux de mortalité et la ΔPCO2 jusqu'à H2 (57%, p=0,001) mais Nous n'avons pas trouvé de corrélation avec le délai d'extubation ni la durée de séjour en réanimation et la durée d'hospitalisation.

Conclusion : La différence artério veineuse en CO2 est un paramètre qui ne nécessite pas de technique invasive et qui peut aider à détecter une anomalie précoce après une CEC suivant la même cinétique que le taux de lactates.

	H0	H1	H2	H3	H6	H10
Coefficient de corrélation lactates –ΔPCO2	0,59	0,50	0,49	0,57	0,59	0,53
p	0,001	0,03	0,04	0,001	0,001	0,002

P. 026. Interêt de l'association du fibrinogene et l'acide tranexamique dans la prise en charge de l'hemorragie du postpartum

Auteurs : F . Ferhi, S . Maaref*, A . Saadi, M . Chniti, S . Laaribi, N . Helal, K . Tarmiz, K . Benjezia
Service et Hôpital : *Service Anesthesie-Reanimation, CHU Farhat Hached, Sousse .*

Introduction : L'association de 3 grammes du fibrinogène et 2 grammes de l'acide tranexamique est introduit dans le protocole de prise en charge de l'hémorragie du postpartum dans notre maternité depuis l'année 2012 .Avant cette date l'usage de l'un ou des deux produits était anecdotique. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'efficacité de l'association du fibrinogène et l'acide tranexamique dans le traitement curatif de l'hémorragie du postpartum

Moyens et méthodes : Notre étude est rétrospective descriptive et monocentrique avec des parturientes présentant un saignement sévère en postpartum pendant la période 2009-2014. Les critères d'inclusion étaient : toute femme en travail présentant à la suite d'un accouchement, par voie basse ou césarienne, un saignement génital sévère (cliniquement abondant, variation de l'état hémodynamique, nécessité d'intervention hémostatique soit médicale soit chirurgicale). Les critères d'exclusion : parturiente sous traitement anticoagulant, parturientes transférées d'un autre centre de santé. Nous avons collecté toutes les données concernant les parturientes ayant eu une HPP et nous les avons divisées en deux groupes : un groupe incluant les données des années 2009-2010-2011 et un groupe incluant celles des années 2012-2013-2014.Une saisie de données réalisée selon une grille préétablie. Les critères de jugement : l'incidence d'hystérectomie d'hémostase, le nombre d'unité de sang transfusée, le nombre de patiente

non transfusées le taux de mortalité et complications post-opératoires (particulièrement l'insuffisance rénale aigue). Nous avons également considéré le rapport de transfusion ratio PFC/CG

Résultat : Nous avons étudiés 166 cas (groupe 1= 58, groupe 2=108) l'association étudiée était présente dans 18.9% dans le groupe 1 et 71.3dans le groupe 2. Le recours à l'hystérectomie d'hémostase est réduit de 51.7 (groupe 1) à 19.4 (groupe 2). Le nombre de patientes non transfusées a augmenté de 6.9 groupe 1 à 27.8 groupe 2. Le taux de transfusion de culot globulaire a été réduit de 5.3 groupe 1 à 4.2 dans le groupe 2. On n'a pas constaté un changement significatif dans l'évolution du ratio plasma frais congelé : culot globulaire (1 /0.79 groupe1 vs 1/0.73 groupe 2)

Conclusion : Dans les limites de cette étude on constate l'efficacité de l'association du fibrinogène et l'acide tranexamique dans la réduction du recours à l'hystérectomie d'hemostase et la transfusion sanguine dans la prise en charge de l'HPP

P. 027. Cause rare d'état de choc cardiogénique : tumeur pericardique maligne, à propos d'un cas

Auteurs : Y.El hechmi ; M.arafa ; G.Ben amor ; O.kehila ; Z.Jerbi
Service et Hôpital : *Hôpital Habib Thameur. Service des urgences*

Le mésothélium pericardique est une tumeur très rare, environ 5 à 10% des tumeurs mésothéliale mais paradoxalement la tumeur la plus fréquente du péricarde pouvant être diffuse, multiple ou focalisée. Ces symptômes sont non spécifiques et sont liés principalement à une compromission de la fonction cardiaque causée par une masse tumorale, ou un épanchement pleural ou péricardique ou les deux. Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 62 ans, admis pour état de choc avec signe d'insuffisance cardiaque droite. Le diagnostic de tomponnade a été suspecté.Le patient a été exploré en urgence par une échographie cardiaque transthoracique ayant objectivé une formation tissulaire qui comprime les cavités droite. On a alors complété par un scanner thoracique injecté ayant objectivé des masses tumorales pericardique multiples dont la plus volumineuse comprime les cavités droite et la veine cave inferieur. L'aspect radiologique évoquait un mésothélium pericardique. Nous décrivons à la lumière de la littérature cette expérience clinique en rappelant l'apport de l'angioscanner thoracique dans le diagnostic, la stratégie thérapeutique et le suivie de cette tumeur.

P. 028. Augmentation du taux du N-Terminal Pro-Brain Natriuretic Peptide aprés Césarienne

Auteurs : F.Ferhi, K.Ghardabou, S.Maaref*, N.Chrigui, M.Khedher, M.Chaabani, A.Chakroun, K.Tarmiz, K.Benjezia
Service et Hôpital : *Service d'Anesthésie-Réanimation, CHU Farhat Hached, Sousse.*

Introduction: Le N-terminal pro-Brain Natriuretic Peptide (NT-proBNP) représente un outil précieux de diagnostic et pronostic pour les événements cardiovasculaires .L'objectif de notre étude est d'évaluer la variation du taux du NT-pro BNP après césarienne induite sous rachianesthésie .

Moyens et méthodes: Il s'agit d'une étude prospective observationnelle réalisée dans un hôpital à niveau III pendant deux mois. Après consentement de toutes les parturientes, toutes les césariennes induites sous rachianesthésie ont été incluses avec dosage du taux du NT pro-BNP à H2, H8 et H24 après la délivrance.

Résultats: Cent quatre-vingt-neuf parturientes ont été incluses .La moyenne d'âge est de 32.4 ±5.7 ans .La moyenne d'âge gestationnel est de 36.48 ±1.55 SA. Cinquante-six parturientes soit (29.6%) ont présenté une augmentation significative du taux du NT-proBNP. Deux parmi elles étaient suivie pour valvulopathie mitrale .la valeur moyenne du NT-proBNP était 341.7 ±571.5 pg/ml à H2 ; 571.8 ±1591.18pg / ml à H8 ; 388 ±1941.15pg/ml à H24. Aucune modification électrique sur l'électrocardiogramme n'a été observée. L'augmentation du taux du NT pro-BNP était associé à un index de masse corporelle supérieur à 30kg / m2, un taux élevé d'éphédrine (>30 mg) et ocytocine (>25 UI), prééclampsie et l'instabilité hémodynamique.

Conclusion: Dans notre étude on a constaté une augmentation du taux du NT-proBNP dans 29.6% des cas. Ce résultat peut refléter les dégâts myocardiaques induites par l'instabilité hémodynamique au cours de la césarienne.

P. 029. Augmentation du taux de troponine ultra-sensible apres césarienne

Auteurs : F.Ferhi, M.Khedher, S. Maaref, B.Assidi, N.Chrigui, M.Chaabeni, K.Ghardabou, K.Tarmiz, K.Benjezia.
Service et Hôpital : *Service d'Anesthésie-Réanimation, CHU, Sousse.*

Introduction : Les pathologies cardiovasculaires représentent la 2ème cause de mortalité maternelle périnatale après l'hémorragie du postpartum. L'objectif de notre étude est de dégager l'incidence de l'ischémie myocardique infra clinique chez les parturientes mise en évidence par l'augmentation du taux de troponine ultrasensible après césarienne induite sous rachianesthésie.

Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective réalisée dans un hôpital qualifié de niveau III pendant 2 mois. Après consentement de toutes les parturientes, toutes les césariennes, urgentes ou programmées, induites sous rachianesthésie ont été incluses .Le taux de troponine ultrasensible a été effectué à H2, H8 et H24 après la délivrance, un monitorage du segment ST pendant l'intervention et les 24 heures suivantes a été réalisé.

Résultats : 189 parturientes ont répondu aux critères. La moyenne d'âge était de 32.4±5.7. Le risque cardiovasculaire était présent dans 19.8%. On a noté une augmentation significative du taux de troponine ultrasensible en postopératoire chez 29 parturientes (15.3%) : le taux de troponine ultrasensible était 45.79 ± 42.2 pg/ml à H2 ; 32.16±35.45pg/ml à H8 et 22.14±22.54pg/ml à H24.on a pas observé un sous décalage du segment ST dans aucun de ces cas. On a remarqué que la tachycardie periopératoire et la préeclampsie constituaient un facteur prédictif de l'élévation de troponine ultrasensible après la délivrance. Tous les cas positifs ont été ensuite adressés au service de cardiologie dont on a constaté chez 2 une cardiomyopathie hypertrophique.

Conclusion : Dans notre étude on a constaté l'augmentation du taux de troponine ultrasensible dans 15.3% des césariennes induites sous rachianesthésie. La préeclampsie et l'instabilité hémodynamique constituent des facteurs de risque d'atteinte infra clinique du myocarde.

P. 030. Intérêt du monitorage hémodynamique dans l'intoxication aiguë par la paraphenylene-diamine

Auteurs: A.Bouattour*, R.Ammar, K.Chtara, S.Bellil, M.Yousfi, M.Jmal, Ch.Ben Hamida, H.Chelly, M .Bouaziz
Service et Hôpital : *CHU HABIB BOURGUIBA/réanimation médicale*

Introduction : l'intoxication aigue par la paraphénylènediamine est une intoxication grave responsable d'un tableau de défaillance multi viscérale. La prise en charge thérapeutique nécessite un monitorage hémodynamique adéquat.

Observation : nous rapportons le cas d'une femme âgée de 41 ans, sans antécédents somatique ni psychiatrique particuliers, admise dans notre service pour prise en charge d'une intoxication involontaire par la paraphénylènediamine. A son admission, le patient a présenté un œdème cervico-thoracique responsable d'une détresse respiratoire nécessitant la ventilation mécanique. L'évolution été marqué par la survenue d'un état de choc nécessitant sa mise sous noradrénaline. La patiente a bénéficié d'un monitorage hémodynamique par PICCO qui a permis de guider le remplissage vasculaire afin de préserver la fonction rénale sans aggraver la patiente sur le plan respiratoire. La durée d'hospitalisation été de 8 jours avec une bonne évolution clinique et biologique.

Conclusion : Le monitorage hémodynamique dans l'intoxication par la paraphénylenediamine permet de comprendre la physiopathologie du choc et de guider la prise en charge thérapeutique.

P. 031. Un état de choc associe à une maladie de still de l'adulte

Auteurs : S.Nekaa, N.Tilouche, O.Jaoued, K.Bouchaala, R.Gharbi, M.Fekih Hassen, S.Elatrous
Service et Hôpital : *Réanimation Médicale EPS Tahar Sfar Mahdia*

Introduction : La maladie de Still de l'adulte (MSA) est une affection systémique inflammatoire peu fréquente d'étiologie incertaine. La clinique associe la triade fièvre, arthralgie et éruption cutanée fugace. Les manifestations systémiques sont fréquentes et variées, parfois inaugurales. Parmi elles, les manifestations cardio-pulmonaires peuvent mettre en jeu le pronostic vital.

Cas clinique: Madame M, âgée de 29 ans atteinte d'une maladie de Still depuis l'âge de 16 ans traitée par prednisone 15 mg/j et méthotrexate 20 mg par semaine, a consulté le service des urgences pour douleur abdominale avec diarrhée et vomissements évoluant depuis 3 jours dans un contexte fébrile.

L'examen a objectivé une patiente fébrile à 40,5 °C, douleur articulaires et musculaires diffuses, sans éruption cutanée, initialement elle était stable sur le plan respiratoire et hémodynamique puis elle a développé un état de choc avec agitation psychomotrice nécessitant une assistance respiratoire et sa mise sous catécholamines (noradrénaline 2,3 µg/Kg/mn). La radiographie thoracique et l'électrocardiogramme (ECG) étaient normaux. Le bilan biologique initial a montré ; GB = 96.000 elts/mm^3 dont 95% des PNN ; Hb = 8,1 g/dL; plaquettes = 262.000/mm3 ; TP = 41% ; ALAT à 8 fois la normale; ferritinémie = 6400 µg/L; CRP = 351 mg/ L ; CPK= 6343 UI/l ; créatinine à 262 µmol/L. La patiente a été mise sous antibiothérapie à large spectre par Imipenème et Amikacine, HSHC 400 mg/j et méthotrexate. La patiente est restée dépendante de fortes doses de catécholamines malgré le remplissage vasculaire. Le contrôle de l'ECG a révélé un sus-décalage diffus du segment ST, le dosage de troponine était à 89 ng/ml. Une échographie cardiaque a objectivé une altération de la fonction systolique du VG à 35% et une hypokinésie globale. La patiente a été mise sous Dobutamine 10 µg/kg/mn. Un cathétérisme droit a objectivé un index cardiaque à 4L/mn/m2, une PAPO à 20 mmHg, et des résistances élevées. Elle a développé une thrombopénie à 26.000/mm3 à partir de J3 qui a régressé après 3 jours, le myélogramme a éliminé le syndrome d'activation macrophagique. La patiente est restée fébrile en plateau à 40°C malgré la disparition du syndrome inflammatoire biologique et la normalisation de sa fonction hépatique et rénale, tous les prélèvements bactériologiques sont revenus négatifs. Une TDM abdomino-pelvienne était sans anomalies. Elle a présenté le 16/09/2017 une aggravation brutale et réfractaire de son état hémodynamique causant le décès le jour même.

Discussion : Notre patiente a présenté un état de choc avec atteinte myocardique, dont l'issue ultime était fatale. Différencier une poussée de MSA d'un état de choc septique est difficile. Notre patiente n'a pas bien évolué sous antibiothérapie à large spectre malgré la régression du syndrome inflammatoire et de la plupart des anomalies biologiques, tous les prélèvements bactériologiques étaient négatifs mettant en doute la présence d'infection évolutive d'autant plus que les résistances vasculaires étaient élevées à l'exploration hémodynamique.

L'association de la fièvre, des arthralgies, de la polynucléose neutrophile et de l'hyperferritinémie suggèrent fortement une poussée de MSA associée à une myocardite qui était réversible. L'évolution était néanmoins défavorable malgré une corticothérapie à forte dose (1,5 mg/kg/j d'équivalent prednisone). Le tableau d'insuffisance circulatoire aigue au cours d'une poussée de maladie de Still est expliqué par l'intensité du syndrome de réponse inflammatoire systémique causant une défaillance d'organes dont la réversibilité par les corticoides est variable selon les données de la littérature.

Conclusion : Une poussée sévère de maladie de Still peut mimer en tout point un état de choc septique et la myocardite vient aggraver l'insuffisance circulatoire. Le traitement repose sur la corticothérapie à forte dose après avoir écarté une infection.

P. 032. Cardiopathie et Ciprofloxacine à propos d'un cas

Auteurs : R. Allala*, F. Medhioub, R. Maaloul, M. Boujelbene, N. Baccouche, A. Nasri
Service et Hôpital : *Service de réanimation de l'hôpital régional de Mahres*

Introduction : Les extrasystoles ventriculaires (ESV) sont des anomalies électriques fréquentes en réanimation. Le trouble métabolique et la cardiopathie ischémique constituent les étiologies majeures. Des ESV secondaires à une toxicité par la Ciprofloxacine sont rarement notées. Nous discutons à travers cette observation clinique, la toxicité cardiaque de la Ciprofloxacine.

Observation :: Patient âgé de 63 ans sans ATCDs pathologiques particuliers. Il a été admis dans le service de réanimation pour détresse respiratoire en rapport avec une embolie pulmonaire et abcès pulmonaire. Le diagnostic a été confirmé par un angioscanner thoracique. Il a été mis sous traitement anticoagulant et antibiothérapie à base d'augmentin et Ciprofloxacine avec bonne évolution. A j5 d'hospitalisation, le patient a présenté des ESV avec aggravation progressive : des salves d'ESV. Un bilan métabolique a été fait : K+ =4,25mmol/l ; Ca++ = 2,15mmol/l ; Mg++ = 0,69 mmol/l. Un bilan thyroïdien a été réalisé : FT4= 12,79 pmol/l ; TSH= 2,52 µUI/ml (normal). Une échographie cardiaque a été pratiquée à la recherche d'une cardiopathie ischémique qui s'est révélée sans anomalie avec un taux de Troponine normal. Le patient a été mis sous cordarone mais sans amélioration. En l'absence d'autre étiologie, les ESV ont été attribuées au traitement par Ciprofloxacine, qui a été interrompu. L'évolution a été favorable avec normalisation de l'ECG après 48 heures.

Conclusion : La présentation de ce cas a pour objectif de rappeler la toxicité cardiaque de la Ciprofloxacine même en dehors d'une cardiopathie sous jacente. Un ECG avant et pendant le traitement semble nécessaire afin de détecter une anomalie électrique.

P. 033. Acute pulmonary edema in pregnancy: etiologies and outcomes

Auteurs: MK.Fareh*, F.Lahmer, A.Mbarki, W.Saidane, L.Bennasr, S.Ben Marzouk, H.Maghrebi
Service et Hôpital: *Department of Anesthesiology and intensive care. Center of Maternity And Neonatology, La Rabta, Tunis*

Introduction: Acute pulmonary edema (APE) is associated with an increased risk of maternal morbidity and mortality [1]. It is the fourth most common cause of maternal morbidity [2]. The purpose of this study was to analyze causes and outcomes of APE in pregnancy.

Material and methods: All files of women admitted during pregnancy or post partum period in ICU for APE from January 2013 to septembre 2017, were included in our retrospective study. Demographic data (age, term, parity, medical history), delivery mode, type of anesthesia, etiology, imaging data (chest X-ray, Echocardioraphy) and outcomes (average intubation duration, mean length of stay, morbidity and mortality) were collected and analyzed. Data were expressed as percentages, medians, averages ± SE. Excel (MicrosoftTM) software was used for data processing.

Results: Thirty-eight files were included. Mean age was 32.5±4.2 years. 35% of patients had medical history: 18.4% had cardiac disease, 5.2% had high blood pressure in pregnanacy, 5.2% hyperthyroidism and 2.6% asthma. 36.8% were primiparous and 5.2% were nulliparous. The median parity was 2. The mean age of pregnancy was 34.4±3.8 weeks. The route of delivery was urgent cesarean section in 68% of cases. Indication for cesarean sections was: severe PE in 34%, APE in 24%, and fetal distress in 11%. Elective cesarean performed in 18% of cases. 74% of cesareans were done under general anesthesia and 18.4% under spinal anesthesia. APE was caused by a cardiac disease in 57.9% of women (Fig 1). Among them, we found peripartum cardiomyopathy in 28.9%, mitral stenosis in 13%, aortic prosthesis stenosis in 5.2%, bivalvular stenosis in 2.7%, wolff Parkinson White Syndrome in 2.7%, thyrotoxic heart disease in 2.7% and idiopathic dilated cardiomyopathy in 2.7%. The other etiologies were severe preeclampsia in 28.9%, transfusion related acute lung injury (TRALI) in 10.5% occurred during the management of peripartum hemorrhage (PPH). In 2.7% of cases, no etiology was found. 50% of women had mechanical ventilation and 68.4% non invasive ventilation. 73.7% received diuretics and 34.2% catecholamines. The mean intubation duration was 1.2±1.4 days. 36.8% had pulmonary infections. The mean length of stay in ICU was 4±1.9 days. Mortality rate was 5.6%.

Conclusion: Acute pulmonary edema in pregnancy may have specific causes such as peripartum cardiomyopathy but also non specific causes. PPH management may lead to APE in case of massive transfusion. Prognosis is usually good but death may occur specially in severe APE or valvular diseases.

References:

1.Dennis and Solnordal. Pulmonary oedema in pregnancy. Anaesthesia 2012.

2.Cantwell R and al.Saving mothers' lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006-2008. BJOG 2011

P. 034. Thrombolysis in Intermediate-High Risk Mortality in Pulmonary Embolism Patients

Auteurs : N. Fraj1, W. Zarrougui1, A. Azouzi1. E. Ennouri1, N. Sma1, A. Zelfani1, S. Kortli1, D. Slama1, A Khedher1, I. Ben Saida1, J. Ayachi1, I, M. Boussarsar1,2
Service et Hôpital : *1Farhat Hached University Hospital, Medical Intensive Care Unit, Sousse, Tunisia, 2Ibn Al Jazzar Faculty of Medicine, Research Laboratory N° LR14ES05 Interactions of the Cardiopulmonary System, Sousse, Tunisia*

Background: Acute pulmonary embolism (PE) displays varying clinical presentations and outcomes. While the primary therapy for most patients with a PE consists of anticoagulation, the safety/efficacy balance remains difficult to predict in the spectrum of hemodynamically stable patients. The aim: to assess the safety and efficacy of thrombolysis in the peculiar setting of patients with intermediate high-risk mortality.

Case presentation: Three patients aged more than 55 years with a hypercoagulability underlying condition. Were admitted to the ICU for a pulmonary embolism with intermediate-high risk mortality. There was no venous thromboembolism. A CT-pulmonary angiography showed, in all three cases, an in-situ extended thrombosis. They received thrombolysis (2 actilyse, 1 metalyse) at day 1, 3 and 7 after symptoms onset. A significant and rapid improvement was noticed either on respiratory failure and acute cor pulmonale (systolic pulmonary artery pressure dropped around 50%) of their respiratory state attested by decrease of oxygen needs. There were no major bleeding incidents. Patients were discharged 3 days after the thrombolytic therapy.

Discussion: This case suggests the safety of the thrombolysis in the pulmonary embolism in the peculiar setting of patients with intermediate-high risk mortality pulmonary embolism and remain efficient even with a relative long intervention delay.

Conclusion: More studies are warranted to demonstrate the safety and efficacy of the thrombolytic therapy in the intermediate high-risk mortality setting of PE patients.

P. 035. Insuffisance mitrale fonctionnelle d'origine ischemique: cause inhabituelle d'OAP de sevrage

Auteurs : G.Sboui* (1), O.Beji(1), R.Atig(1), D.Ben brayek(1), N.Guizeni (1), C.Bouhamed(2), H. Hmouda(1).
Service et Hôpital : *(1) : Service de Réanimation Médicale, CHU Sahloul, Sousse. (2): Service des Urgences, Hôpital Ibn El Jazzar, Kairouan.*

Introduction : L'insuffisance mitrale fonctionnelle, souvent silencieuse, complique fréquemment l'évolution des cardiomyopathies ischémiques et non ischémiques en aggravant le statut fonctionnel et le pronostic des patients. En effet, sa présence diminue la survie et ce d'autant plus que sa sévérité augmente.

Observation : Nous rapportons le cas d'un homme de 69 ans, tabagique, hypertendu sous IEC, diabétique type II, une dyslipidémie, une coronaropathie (une sténose serrée de la coronaire droite moyenne avec un bon lit d'aval) sous traitement. Il a été hospitalisé pour une détresse respiratoire aigue avec à l'examen de cyanose, agitation, tachycardie à 120 bat/min, TA= 83/42mmHg, et des râles crépitants bilatéraux dans un contexte d'apyrexie. La radiographie pulmonaire objectivait des images alvéolo-interstitielles bilatérales. Le patient a été intubé puis transféré en réanimation. Les GDSA objectivaient : pH = 7,18 ; PaCO2 = 44 mmHg ; PaO2 = 116 mmHg ; P/F= 116 ; HCO3- = 16 mmol/l ; SaO2 = 93% ; Lactate = 3,6 mmol/l. L'électrocardiogramme montrait un RRS à 75 c/min, un BBG complet, un rabotage de l'onde R, et des extrasystoles polymorphes. Les troponines (1 ère et 2 ème point) étaient normales. Devant la survenue d'un OAP de sevrage, une échocardiographie-doppler a été pratiquée montrant une dysfonction VG systolique avec une FEVG estimée à 40%, une hypokinésie de la paroi inférieure, une insuffisance mitrale sévère grade III, une HTAP à 40 mmHg et un septum paradoxal. Le diagnostic final retenu était celui d'état de choc cardiogénique en rapport avec une insuffisance mitrale sévère ischémique. L'optimisation du traitement anti-ischémique, et des conditions de charge ventriculaire, en particulier, par un traitement anti-hypertenseur nous a permis un sevrage ventilatoire progressif et l'extubation. L'évolution ultérieure a été rapidement favorable, avec un transfert en cardiologie où l'échocardiographie de contrôle pratiquée par le même opérateur a révélé une cardiomyopathie dilatée avec une dysfonction systolique et l'absence de valvulopathie notamment mitrale, une hypokinésie globale, une PAPS à 29 mmHg et un SIV dyskinétique (asynchronie interventriculaire). La coronarographie a montré une Cx infiltrée sans sténose serrée, une IVA infiltrée, une sténose serrée de l'IVA distale. Le patient est sorti sous traitement médical optimal avec une bonne évolution.

Commentaires : L'insuffisance mitrale ischémique fonctionnelle est l'entité la plus fréquente après l'insuffisance mitrale ischémique pure et l'insuffisance mitrale ischémique liée à la rupture aigue de pilier mitral. Elle survient en l'absence d'anomalies structurelles de la valve mitrale.

En fait, l'IM fonctionnelle est un processus dynamique avec un volume régurgité variable suivant les conditions de charge du VG ou de son asynchronisme.

Conclusion : L'IM fonctionnelle est essentiellement une maladie ventriculaire plutôt qu'une valvulopathie. Son aggravation lors de l'effort doit faire rechercher une ischémie myocardique et/ou un asynchronisme intraventriculaire.

P. 036. Arrêt cardio-respiratoire révélant une acromegalie compliquée d'un syndrome d'apnée de sommeil

Auteurs : G*.Sboui(1), O .Beji(1), R. Atig(1), N. Baili(1), M. Ben abdelkrim C. Jbeli (2), H. Hmouda(1).
Service et Hôpital : *(1) : Service de Réanimation Médicale, CHU Sahloul, Sousse. (2): Service des Urgences, CHU Sahloul, Sousse.*

Introduction : L'acromégalie est une affection endocrinienne rare (prévalence 45–125 cas/million) due à l'hypersécrétion de l'hormone de croissance (GH) par un adénome hypophysaire. Parmi les acromégales, 65 à 80% ont un SAS au diagnostic. Peu de données existent dans la littérature sur le sujet, malgré le fait que cette affection joue probablement un rôle propre dans l'augmentation du risque de morbidité, voire de mortalité cardio et cérébro-vasculaire observée chez les patients acromégales.

Observation : Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 59 ans, sans antécédents pathologiques connus, hormis un tabagisme actif, amené aux urgences pour altération de l'état de conscience précédée par des convulsions tonico-cloniques généralisées. L'examen aux urgences a révélé un score de Glasgow à 3/15, une bradycardie sinusale extrême compliquée d'un arrêt cardio-respiratoire récupéré. Une TDM cérébrale réalisée à H2 a éliminé un accident vasculaire cérébral hémorragique et a montré un œdème papillaire bilatéral confirmé au fond d'œil. Le patient nous a été transféré à H24 d'évolution intubé ventilé sédaté, l'examen physique a montré l'absence de syndrome infectieux ainsi que l'absence de signes neurologiques, l'absence de troubles métaboliques et un bilan toxicologique négatif. Toutefois, l'attention a été frappée par un syndrome dysmorphique plutôt évident, avec des traits épais, notamment

au niveau des lèvres, une macroglossie impressionnante et des doigts boudinés, pouvant évoquer une acromégalie. L'interrogatoire a retrouvé la notion d'un ronflement et de sueurs nocturnes ainsi que celle d'une somnolence diurne. L'IRM cérébrale a montré un aspect globuleux en hypersignal T2 des lobes temporaux internes évoquant un aspect post-critique. Présence d'une lésion focale en hypersignal T2 de l'anté hypophyse paramédiane droite, mesurant 9x7mm avec bombement du diaphragme sellaire sans signes d'extension extra sellaire. L'évolution a été favorable.

Commentaires : Le syndrome d'apnées du sommeil (SAS) s'accompagne d'une morbidité cardio-vasculaire et neurologique et d'anomalies du métabolisme glucidique et lipidique, essentiellement liées à l'hypoxie intermittente chronique. La réduction anatomique du calibre des voies aériennes supérieures dans l'acromégalie est la conséquence de l'infiltration et de l'œdème des tissus mous responsable notamment de la macroglossie. Ces anomalies associées à une rétroposition de la base de la langue en rapport avec des modifications du squelette (os maxillaire et mandibulaire) sont autant de facteurs spécifiques à l'acromégale favorisants le SAS.

Conclusion : Le SAS est une complication sévère et fréquente de l'acromégalie. Il doit être systématiquement recherché et confirmé par la réalisation d'une polysomnographie, voire d'une polygraphie. D'un autre côté, un dépistage de l'hypersécrétion somatotrope serait surement pertinent chez certains patients au profil singulier consultant pour un SAS.

P. 037. Un cas de syndrome de Kounis au cours d'un état de choc anaphylactique

Auteurs : G*.Sboui(1), O .Beji(1), R. Atig(1), D.Ben braiek (1), M. Zghidi (1) C. Jbeli(2), H. Hmouda(1).
Service et Hôpital : *(1) : Service de Réanimation Médicale, CHU Sahloul, Sousse. (2): Service des Urgences, CHU Sahloul, Sousse.*

Introduction : L'anaphylaxie est une réaction d'hypersensibilité (ou allergique) systémique, généralisée, sévère, pouvant engager le pronostic vital. Le myocarde peut être un organe cible, directement ou indirectement impacté. La richesse en mastocytes du tissu myocardique pourrait expliquer des manifestations cardiaques sévères précoces. Des syndromes coronariens aigus ou syndrome de Kounis ont été décrits. Les médiateurs de l'anaphylaxie peuvent induire un spasme coronarien, une rupture de plaque d'athérome et une occlusion coronaire. L'ECG réalisé le plus tôt possible contribue au diagnostic de syndrome coronarien aigu. Il faut traiter l'anaphylaxie en priorité, puis discuter l'orientation du patient vers un plateau technique de cardiologie interventionnelle. Ce que nous illustrons par cette observation

Observation : Madame S.BL âgée de 57 ans, ayant comme antécédents : un diabète type II sous ADO, une HTA essentielle sous IEC, une dyslipidémie et une allergie connue à la pénicilline, a été admise en réanimation médicale pour prise en charge d'un état de choc anaphylactique et insuffisance respiratoire aigue suite à la prise d'1 g d'amoxicilline. Elle a été mise sous CPAP et adrénaline à la pousse seringue électrique. L'ECG réalisé a révélé, une tachycardie sinusale à 130 battements/minute, un sous décalage du segment ST en DII, DIII, AVF et en V3 à V6. A la biologie le taux des troponines était à 420 puis à 1310 µg/l. La radiographie thoracique était en faveur d'un œdème pulmonaire aigue. L'échographie cardiaque a montré une hypokinésie des segments basal et moyen de la paroi antérolatéral et antérieur. Un traitement anti-ischémique a été entamé. L'évolution était favorable avec sevrage progressive de l'adrénaline et de l'oxygénothérapie. La patiente a été transférée au service de cardiologie pour coronarographie.

Commentaires : Deux formes du syndrome de Kounis ont été décris dans la littérature : Le type I (spasme coronaire) où les artères coronaires sont saines et représente une manifestation de dysfonctionnement endothélial. Le deuxième Type (thrombose coronaire) comprend des patients ayant des facteurs de risque de maladie athéromateuse avec un relargage de médiateurs inflammatoires provoquant un authentique infarctus du myocarde allergique avec augmentation des enzymes cardiaques sur érosion et rupture de plaque. Devant les antécédents médicaux, la chronologie, les données cliniques et électriques nous avons évoqué l'hypothèse d'un syndrome de Kounis type 2 chez cette patiente.

Conclusion : Le syndrome de Kounis est une entité rare souvent méconnue et prête confusion diagnostique. La réalisation d'un ECG doit être systématique en cas d'une réaction allergique surtout sur un terrain à haut risque cardio-vasculaire afin de détecter une éventuelle souffrance coronaire.

P. 038. Particularités des états de choc chez le sujet âgé

Auteurs: D.Ben Braiek*(1), O.Beji(1), R.Atig(1), G.Sboui(1), R.Mbarek(1), C.Bouhamed(2), H.Hmouda(1)
Service et Hôpital : *(1) Service de réanimation médicale du CHU Sahloul Sousse (2) Service des urgences de l'hôpital Ibn El Jazzar Kairouan*

Introduction : Avec le vieillissement de la population, le taux d'admission des patients âgés en réanimation augmente de manière importante et le réanimateur est de plus en plus confronté à la pathologie aigue concernant cette tranche d'âge. L'état de choc est un motif fréquent d'hospitalisation en réanimation. Le vieillissement peut modifier la réponse à cette agression à cause des modifications physiologiques liées à l'âge, de plus, et au vu du surcroit de complications inhérentes à une hypotension prolongée chez le sujet âgé, la prise en charge doit être précoce et adaptée. L'objectif de ce travail est de décrire la prévalence et les caractéristiques de l'état de choc chez le sujet âgé en réanimation et son impact sur le pronostic.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude transversale analytique monocentrique sur une période de 4 ans allant du 1er janvier 2013 au 31 décembre 2016. Les patients âgés de 65 ans ou plus ont été inclus quelle que soit la pathologie présentée. Les patients admis d'emblée pour fin de vie ont été exclus. Les données anamnestiques, cliniques ainsi que pronostiques ont été recueillies à partir des dossiers des malades sur une fiche de renseignements préétablie.

Résultats: Durant la période d'étude, 97 sujets âgés répondant aux critères d'inclusion ont été colligés. Dans notre population, 53,6% des patients étaient des hommes, soit un sex-ratio de 1,15. L'âge moyen des patients est de 75±7 ans. La durée moyenne du séjour en réanimation était de 11,8±11,1 jours et la mortalité de 22,7%. La défaillance circulatoire était un motif fréquent d'admission en réanimation, elle a concerné 48,5% des admissions. Le choc septique était la cause la plus fréquente, diagnostiqué chez 35 malades soit 36,1% des admissions soit 47 patients. Cinquante-six patients, soit 57,7% ont eu recours aux drogues vasoactives pendant leur séjour. Parmi les drogues vasoactives, la noradrénaline a été la plus prescrite (82,1%). La durée moyenne d'utilisation des drogues vasoactives était de 6,07±6,14 jours. Par ailleurs, la survenue d'un état de choc durant le séjour en réanimation a émanée l'évolution de 33 patients, soit 34% des cas. Notre étude a montré que la survie des sujets âgés était significativement associée à la présence d'un état de choc à l'admission ou de sa survenue au cours du séjour (p=0,016) ainsi qu'au recours aux drogues vasoactives (p=0,026).

Discussion : Le vieillissement peut modifier la réponse à la détresse circulatoire du fait de la faiblesse des réserves circulatoires et de l'altération des fonctions physiologiques. Les systèmes de protection lors de l'agression sont diminués, les défaillances d'organes sont plus précoces et les séquelles sont plus nombreuses. Par ailleurs, la dépression du baroréflexe est constante chez le sujet âgé et les capacités d'élévation du transport de l'oxygène sont diminuées.

Conclusion : La réanimation est et sera de plus en plus sollicitée pour des patients âgés présentant des défaillances vitales. L'état de choc et le recours aux drogues vasoactives représentent des facteurs prédictifs de mortalité chez le sujet âgé en réanimation.

P. 039. Acute heart failure in a Tunisian Medical ICU: prognosis and risk factors

Auteurs : E. Ennouri1, I. Ben Saida1, A. Ben Abdelhafidh1, K. Meddeb1, M.A. Boujelbèn1, N. Fraj1, J. Ayachi1, W. Zarrougui1, H. Kallel1, A. Khedher1, A. Azouzi1, I. Chouchene1, M. Boussarsar1,2
Service et Hôpital: *1Farhat Hached University Hospital, Medical Intensive Care Unit, Sousse, Tunisia, 2Ibn Al Jazzar Faculty of Medicine, Research Laboratory N° LR14ES05 Interactions of the Cardiopulmonary System, Sousse, Tunisia*

Introduction: Acute Heart failure (AHF) is a prevalent and increasing disease and represents a frequent cause of critical care admission. It is associated with an important morbimortality. The outcome for such patients is poor with low survival rates. AHF is also an increasing burden on health care systems. The correct risk stratification of patients could improve clinical outcome and resources allocation. Objectives: To describe the characteristics of ICU admitted patients with AHF and identify independently associated factors.

Methods: It is a retrospective study of admitted AHF patients in the medical ICU of Farhat Hached teaching hospital between January 2011 and December 2016. Variables found to be statistically significant in univariate analysis were included into a multivariate regression model to identify factors independently associated to poor prognosis. For all tests, a P value of less than 0.05 was considered statistically significant.

Results: 138 patients were included with an average age of 66.33 ±15.6 years. 41.3% were women. Hypertension 74(53.6%), Diabetes mellitus 64(45.7%), and chronic obstructive pulmonary disease 23(16.7%) were the most outstanding associated pathologies. SAPSII was 38.24±37. 91(65.9%) patients received vasopressors. Acute coronary syndrome 56(48.6%) was the most common cause of AHF. Mean duration of ICU stay was 4.27±4.99 days. Mortality rate was 53.6%. Univariate analysis identified several factors associated to fatal outcome: physiological reserve

[McCabe score ≥2 (p=0.000), Knaus C or D (p=0.01), OMS ≥3 (p=0.04), NYHA≥3 (p=0.029)], severity on admission [severe acute respiratory failure (p=0.02), vasopressors use (p=0.00), shock (p= 0.02), SAPSII (p=0.00), and Glasgow coma scale ≤12 (p=0.028)] and reference from cardiology Ward (p=0.03).

A multivariate regression model identified the following factors as independently associated to mortality; OMS≥3 (OR, 4.44 ; 95%CI, [1.64 12.01] ; p< 0.003), vasopressor use (OR, 6.76 ; 95%CI, [2.23 20.43] ; p< 0.001), SAPSII (OR, 1,05 ; 95%CI, [1.011.09] ; p< 0.005) and admission from cardiology ward (OR, 7.98 ; 95%CI, [1.7735.99] ; p< 0.007).

Conclusions: The present study revealed a relatively poor prognosis of AHF patients admitted to the ICU. Physiological reserve (OMS), severity on admission (SAPSII and vasopressors use) and the reference from the cardiology ward were identified as independent predictors of fatal outcome.

P. 040. La dysfonction systolique ventriculaire droite en postopératoire de chirurgie cardiaque avec circulation extracorporelle

Auteurs : I.Ben Naoui, I.Nefzi, A.G.Ammous, S.Guedri, N.Mahfoudhi, A.Ammous, A.Cherif

Service et Hôpital : *Service d'anesthésie réanimation. Hôpital La Rabta*

Introduction : L'altération de la fonction ventriculaire droite en post-opératoire de chirurgie cardiaque a été fréquemment décrite. La défaillance ventriculaire droite aiguë nécessitant un support inotrope ou une assistance, dont l'incidence est de 0.04 à 1% dans les suites d'une cardiotomie, est grevée d'un pronostic sombre avec une mortalité de 25 à 30% (1, 2, 3). Plusieurs étiologies ont été évoquées : des lésions myocardiques secondaires au stress oxydatif, la modification de l'orientation des fibres myocardiques provoquée par la péricardotomie ou des lésions d'ischémie reperfusion après circulation extra corporelle (CEC). Nous avons étudié l'incidence et les caractéristiques des patients opérés d'une chirurgie cardiaque avec circulation extra-corporelle (CEC) et ayant présenté une défaillance ventriculaire droite aiguë nécessitant un support inotrope ou une assistance.

Matériels et méthodes : Etude observationnelle uni-centrique menée de manière prospective chez des patients opérés d'une chirurgie cardiaque avec (CEC) dans le service de chirurgie cardiaque et vasculaire du CHU La Rabta entre Décembre 2016 et septembre 2017. L'étude s'intéressait aux patients ayant présenté une défaillance ventriculaire droite aiguë nécessitant un support inotrope ou une assistance. Une échocardiographie était réalisée en préopératoire, à J1, J3, J7 et 3 mois post-opératoires. Le critère de jugement principal est L'altération de la fonction ventriculaire droite évaluée en échocardiographie transthoracique (ETT) par le TAPSE (Tricuspid Annular Plane Systolic Excursion) et l'onde S en doppler tissulaire (SDTI). Les critères de jugement secondaires: Les paramètres démographiques, La durée de CEC, Les troponines à J1, J3 et J7 post opératoires, Le support inotrope, La durée de séjour en réanimation, La durée de ventilation mécanique, La mortalité

Résultats : Sur 780 CEC effectuées au cours de cette période, il y a eu 5 cas de défaillance ventriculaire droite avec une échographie normale en préopératoire et recours à de fortes doses de catécholamines (≥ 5µ /kg/min) en postopératoire donc une incidence de 0.6%. Les interventions étaient réparties entre 2 chirurgies urgentes (dissection aortique type A) et 3 chirurgies programmées (2 remplacements valvulaires mitraux et 1 double remplacement). La moyenne d'âge était de 61 ans ± 2, 2 hommes pour 3 femmes. La durée moyenne de CEC était de 190 min ± 11. La dysfonction VD était diagnostiquée dès j1 post opératoire sans amélioration malgré le support inotrope. La moyenne de TAPSE était de 9±0.5 à j1 avec une corrélation de 0.59 avec la durée de CEC mais sans corrélation avec la troponinémie postopératoire. La durée de séjour en réanimation dépassait les 7 jours pour tous les patients avec 2 cas de décès. Pour les autres cas, l'évaluation à 3 mois n'a pas montré d'amélioration significative de la dysfonction.

Conclusion : La fonction ventriculaire droite systolique longitudinale évaluée par le TAPSE et l'onde SDTI était altérée en post-opératoire immédiat. Le TAPSE post-opératoire était corrélé à la durée de CEC, supportant l'hypothèse de phénomènes ischémiques mais l'absence de corrélation avec la troponinémie post- opératoire ne permettait pas de conclure. Des études complémentaires s'avèrent nécessaires.

Références :

1. Kaul TK, Fields BL. Postoperative acute refractory right ventricular failure: incidence, pathogenesis, management and prognosis. Cardiovasc Surg. 2000 Jan;8(1);1à9.
2. Unsworth B, Casula RP, Yadav H, Baruah R, Hughes AD, Mayet J, et al. Contrasting effect of different cardiothoracic operations on echocardiographic right ventricular long axis velocities, and implications for interpretation of post-operative values. Int J Cardiol. 2013 Apr;165(1);151à60.
3. Diller G-P, Wasan BS, Kyriacou A, Patel N, Casula RP, Athanasiou T, et al. Effect of coronary artery bypass surgery on myocardial function as assessed by tissue Doppler echocardiography. Eur J Cardiothorac Surg. 2008 Nov;34(5); 995à9.

P. 041. Embolie pulmonaire post operatoire en neurochirurgie : A propos d'un cas

Auteurs: MH.Barketi, E.Mili, K.Chaabani, M.Khemili, M.Ben Ali, M.Halek, G.Barkallah, S.Betbout, S.Chaari, L.Stambouli, F.BenSalem, M.Gahbiche

Service et Hôpital : *Service d'Anesthésie Réanimation. Hôpital Fattouma Bourguiba Monastir*

Introduction: L'embolie pulmonaire post opératoire constitue une urgence diagnostique et thérapeutique mais de diagnostic difficile vu le tableau clinique souvent trompeur. Le but est de décrire l'aspect clinique, la prise en charge et l'évolution de la patiente à terrain néoplasique

Observation: Mme Y. 52 ans, obésité grade II, éléphantiasis post érysipèle, opérée pour glioblastome frontal aves des suites opératoires simples, transférée au service de neurochirurgie à J3 et mise sortante après 4 jours. A J10 post opératoire, elle consulte aux urgences dans un tableau fébrile (39°) avec céphalées sans signes neurologiques ni respiratoires. A la biologie : une hyperleucocytose à 13000 et une CRP à 300mg/L. Devant ce tableau, le premier diagnostic évoqué était une complication septique post opératoire d'où la pratique d'une TDM cérébrale qui est revenue normale (pas d'empyème ni d'abcès cérébral). La patiente a été hospitalisée au service de neurochirurgie. L'enquête infectieuse a montré l'absence de germes à la culture de la ponction lombaire et aux hémocultures. Par ailleurs, la radiographie de thorax montrait un syndrome alvéolaire bilatéral. Le diagnostic évoqué était une pneumopathie et la patiente a été mise sous antibiothérapie empirique à base de Tienam et de Zyvoxid après avis des infectiologues. L'évolution a été marquée par l'installation à J3 d'hospitalisation d'une dyspnée avec une désaturation (70% à l'air ambiant et 90% sous masque à haute concentration [MHC]) nécessitant son transfert en réanimation et sa mise sous ventilation non invasive avec amélioration de la saturation atteignant 97%. Devant ce tableau, le diagnostic évoqué était l'embolie pulmonaire mais vu l'instabilité de l'état respiratoire de la patiente, on a procédé à une exploration au lit de la malade par une échocardiographie à la recherche de signes de cœur pulmonaire aigu et qui a montré une hypertension artérielle pulmonaire isolée à 70 mmHg. En concertation avec les cardiologues, la patiente a été mise sous héparine non fractionnée sans recours à la thrombolyse. Quelques heures plus tard, l'état de la patient s'est améliorée avec obtention d'une saturation à 96%- 97% sous MHC permettant la réalisation d'un angioscanner thoracique montrant une embolie pulmonaire massive bilatérale. L'évolution de la patiente sous traitement était favorable (obtention d'une apyrexie, saturation correcte à 97% sous MHC, leucocytose normale, baisse de la CRP) et elle a été transférée au service de neurochirurgie à J10 après avoir effectué le relais par les anti-vitamines K.

Conclusion: L'embolie pulmonaire postopératoire est une complication dont le diagnostic est difficile vu le contexte particulier trompeur. Elle peut être responsable d'un tableau grave mettant en jeu le pronostic vital et doit être évoquée et éliminée par les explorations appropriées.

P. 042. Embolie pulmonaire révélée par un syndrome de platypnée-orthodéoxie dans les suites d'une hémorragie méningée

Auteurs : M.Khemili*, S.Chaari, M.Benali, M.Halek, H.Barketi, K.Chaabani, K.Zouari, I. Bannour, A. Majdoub

Service et Hôpital : *Service d'Anesthésie-Réanimation CHU Taher Sfar Mahdia*

Introduction: Le syndrome de platypnée-orthodéoxie (SPO) est caractérisé par la présence d'une dyspnée et d'une hypoxémie en position assise ou debout, qui se corrige spontanément en position couchée. L'hypoxémie résulte d'un shunt intracardiaque dont la direction ou l'importance se modifie avec la position du malade, d'où son caractère positionnel pathognomonique. C'est un syndrome rare, mais sûrement sous diagnostiqué car peu connu.

Observation: Nous rapportons l'observation d'une patiente âgée de 65 ans sans antécédents pathologiques, ayant été admise à notre service pour prise en charge d'une hémorragie méningée. Le scode de Galsgow (GCS) durant l'hospitalisation était entre 14/15 et 15/15. L'évolution était marquée par la survenue à J2 d'hospitalisation d'une hydrocéphalie nécessitant la pose d'une Dérivation Ventriculaire Externe(DVE). Les suites étaient favorables, avec ablation de la DVE après un scanner de contrôle 24h post clampage, la patiente était transférée au service de chirurgie générale à J7 d'hospitalisation. A noter que la patiente n'a pas eu d'héparinoprophylaxie médicamenteuse, mais des bas de contention au niveau des membres inférieurs. Le jour du transfert, l'équipe de garde a été sollicitée pour une détresse respiratoire, et la patiente est réadmise en réanimation. L'examen clinique à l'admission a trouvé : GCS à 14/15 sans signe de localisation, tension artérielle à 140/80 mmHg, absence de signes d'insuffisance cardiaque droite ou gauche. Par ailleurs, on a noté une désaturation en position assise arrivant jusqu'à 80%, contre un meilleur confort en position couchée avec une amélioration de la SpO2 à plus de 92% (soit plus de 4% de différence documentées

par les gazométries). La radiographie de thorax a montré des opacités basales bilatérales et rien de particulier à la biologie. Une échocardiographie a été pratiquée montrant un diamètre télédiastolique ventricule droit(VD)/ventricule gauche(VG)> 1, une image du VG en «D», un septum paradoxal, des flux d'insuffisances mitrale et tricuspide, l'absence d'HTAP importante, et un shunt droit-gauche confirmé par l'épreuve de bulles. Le diagnostic d'embolie pulmonaire (EP) a été suspecté, un angioscanner thoracique a confirmé le diagnostic d'une EP lobaire moyenne. La patiente a été mise sous héparine puis mise sortante après chevauchement avec une bonne évolution.

Conclusion: Notre observation est intéressante à double titre, le diagnostic étiologique d'une détresse respiratoire survenant dans les suites d'une hémorragique méningée, et la révélation d'une embolie pulmonaire par un SPO. Ce dernier serait la conséquence d'un shunt droit-gauche suite à la reperméabilisation d'un foramen ovale (FO). Le FO peut être imperméable chez le sujet sain, et se réouvrir en pathologie, notamment lors d'une augmentation des pressions droites, comme c'est le cas dans l'EP, ou d'augmentations brutales du retour veineux: relâchement de Valsalva ou le passage en position couchée. Le SPO est dans ce cas là une indication à la fermeture du FO en raison du risque d'embolie paradoxale.

P. 043. Les complications cardiovasculaires post intubation en Réanimation

Auteurs: I.Bannour, H.Romdhane*, I.Lazreg, M.Mestriri, S.Romdhani, M.Ouaz, Y.Meksi, A.Majdoub
Service et Hôpital : *Service d'anesthésie réanimation –hopital tahar Sfar Mahdia*

Introduction : Le collapsus cardiovasculaire est une complication fréquente après intubation urgente en réanimation. Plusieurs facteurs peuvent interagir : antécédents, traitement, interaction cardio-pulmonaire, motif d'intubation, drogue d'induction et état hémodynamique préalable. L'identification précoce des facteurs prédictifs pourraient permettre l'anticipation de traitement spécifique. L'objectif de cette étude était de décrire l'incidence et les facteurs de risque cardiovasculaires et leur impact sur la morbi-mortalité.

Matériels et méthodes : Une étude prospective observationnelle a été conduite dans le service d'anesthésie réanimation CHU taher sfar mahdia. L'ensemble des procédures d'intubation réalisées chez 60 patients ont été inclus. Le collapsus cardiovasculaire était défini par une pression artérielle systolique(PAS) inferieur à 65mmhg trouvé au moins une fois ou inférieur à 90mmhg durant les 30mins malgré un remplissage de 500 à 1000ml de cristalloïde ou colloïde ou nécessité d'introduction d'amine vasoactif.

Résultats : L'incidence globale des complications sévères dans notre population était de 60%. Le collapsus était noté dans 23 cas, soit 38.3%. il existe une différence significative entre les deux groupes avec et sans collapsus concernant l'âge (p=0,001), le score ASA (p=0,012) le recours au pré remplissage (p=0,04), le volume de pré remplissage moyen (p=0,05) ainsi que le recours aux drogues vasoactifs (p=0,001).L'analyse multivariée de nos résultats a montré que l'âge, un score d'ASA >2, le recours aux drogues vasoactifs sont des facteurs indépendants de survenue de collapsus cardiovasculaire . L'induction par le propofol parait un facteur protecteur. Il y avait une relation statistiquement significative entre le taux de mortalité et la survenue de collapsus (p=0,03).

Conclusion : l'incidence de collapsus cardiovascullaire est élevée dans notre série. La détection des facteurs de risque devrait inciter les praticiens à anticiper systématiquement le collapsus cardiovascullaire afin de diminuer la morbi-mortalité de l'intubation en réanimation.

P. 044. Myocardite au cours d'une envenimation scorpionique: pas toujours d'origine scorpionique !

Auteurs : HH Doghri, A. Trifi, K. Ben Ismail, MW Mhajba, F. Daly, Y. Touil, R. Nasri, S. Abdellatif, S. Ben Lakhal
Service et Hôpital : *Réanimation médicale, CHU la Rabta, Tunis, Tunisie*

Introduction: L'envenimation scorpionique (ES) est un accident relativement fréquent mais rarement grave en Tunisie. L'administration du sérum anti scorpionique (SAS) représente une option thérapeutique controversée et réservée au cas graves. Nous rapportons ici le cas d'un état de choc cardiogénique sur myocardite toxique secondaire a la prise d'un SAS pour ES non grave.

Observation : Il s'agit du patient BJ âgé de 26 ans tabagique, éthylique, originaire et demeurant à Fernana et il travaille dans la maçonnerie. Il était victime d'une piqure par un scorpion (espèce non précisée) au niveau de la plante du pied droit. Il a consulté au dispensaire local où l'examen initial a trouvé: une douleur localisée au point de la piqure

sans autres signe locorégionaux ou généraux, une pression artérielle (PA) à 122/77 mm Hg et un rythme cardiaque à 94 bpm. Il a bénéficié d'une administration du SAS. Les suites immédiates étaient marquées par l'apparition d'une dyspnée, une hypertension à 210/100mmhg avec des râles crépitants à l'auscultation pulmonaire. Il a été transféré à l'hôpital régional de Jendouba ou une échographie cardiaque a objectivé une altération majeure de la fonction systolique du ventricule gauche (FEVG=30%) avec élévation des pressions de remplissage (PR). L'évolution était marquée par la survenue d'un état de choc avec une PA à 80/60mmhg. L'origine cardiogénique était retenue et le patient était mis sous dobutamine 10ug/kg/min avec oxygénothérapie à fort débit puis transféré en réanimation. A l'examen; il était conscient avec un score de Glasgow à 15/15, une PA à 110/80mm Hg sous dobutamine, l'auscultation cardio-pulmonaire notait des râles crépitants aux bases pulmonaires et absence de signes cutanée ou régionaux au niveau du point de la piqure. L'électrocardiogramme était normal. A la biologie : urée=0.32g/l, la créatinine=8mg/l, les troponines I-HS= 1883ng/l. La gazométrie sanguine (à l'air ambiant): ph=7,45, PaO2= 80,7mmHg, PaCO2= 33,8mmHg, HCO3-=24,1mmol/l, SaO2= 95,1%. L'évolution était rapidement favorable avec baisse des troponines, sevrage de la dobutamine au bout de 48 heures de prise en charge. Egalement, l'évaluation écho cardiographique a conclu à une amélioration de la fonction systolique (FEVG : 55%) et normalisation des PRVG. Devant l'anamnèse, l'examen clinique, l'absence de signes locorégionaux, les données de l'échographie et l'évolution Clinico- biologique, une myocardite secondaire à la prise du SAS a été retenue.

Conclusion: Le sérum anti-scorpionique, traitement de recours dans les formes graves peut être source d'incident grave, tel qu'une myocardite toxique occasionnant un choc cardiogénique comme dans notre cas. Cette observation renforce les avis sur la place très limitée du SAS dans le traitement des ES notamment jugées non graves.

Thème Infectiologie :

P. 045. Pneumopathie grave avec insuffisance rénale aigue et atteinte hépatique compliquant une varicelle chez un sujet immunocompetent

Auteurs: I.Rachdi, N.Hajjam*, H.Zoubeidi, Z.Aydi, F.Daoud, B.Ben Dhaou, F.Boussema
Service et Hôpital: *Service de Médecine Interne. Hôpital Habib Thameur. Tunis. Tunisie*

Objectifs : La varicelle est une maladie éruptive très fréquente. Habituellement bénigne, son évolution peut être émaillée de complications sévères chez l'adulte. Nous rapportons une nouvelle observation de varicelle, particulière par sa survenue chez un adulte immunocompétent et par l'association simultanée de trois localisations redoutables : pulmonaire, rénale et hépatique.

Observation : Un patient âgé de 35 ans, tabagique, vacciné contre la varicelle et sans notion de contage varicelleux récent, était admis pour une éruption cutanée fébrile évoluant depuis trois jours suivie par une dyspnée d'aggravation rapidement progressive. A l'admission, le patient était fébrile à 40°C et polypnéique avec des signes de lutte respiratoires. L'examen physique objectivait un exanthème maculo-vésiculeux diffus prurigineux fait de lésions d'âge différent compatible avec une varicelle. L'auscultation pulmonaire révélait des râles crépitants bilatéraux et l'examen neurologique était normal. La biologie montrait une thrombopénie à 104.000 éléments/mm3, une élévation des lacticodéshydrogénases (LDH) à 717 UI/l, une cytolyse hépatique (ASAT : 112 UI/l ; ALAT : 235 UI/l), une cholestase à 2 fois la normale et une insuffisance rénale avec une clairance de la créatinine à 24,77 ml/mn. La gazométrie artérielle objectivait une hypoxémie sévère (PaO2=52 mm Hg ; pH=7,46 ; SaO2=88%). La radiographie thoracique révélait des opacités alvéolo-interstitielles bilatérales et diffuses aux deux champs pulmonaires. Les sérologies de l'HVB, HVC, CMV, EBV et VIH étaient négatives. La recherche de bacille de Koch dans les crachats était négative. Le diagnostic d'une varicelle compliquée d'une pneumopathie varicelleuse hypoxémiante, d'une insuffisance rénale aigue et d'une atteinte hépatique était retenu. Le patient était mis sous traitement antiviral par aciclovir en intraveineux avec une posologie adaptée à la fonction rénale, associé à une oxygénothérapie par masque à haute concentration. L'évolution était favorable avec l'obtention d'une apyrexie après 48 heures de traitement, amélioration de la dyspnée avec correction de l'hypoxémie, normalisation du chiffre de plaquettes ainsi que de la fonction rénale et hépatique.

Discussion : La pneumonie varicelleuse est la plus fréquente des complications graves de la varicelle chez l'adulte, son incidence est estimée de 16 à 33% avec une mortalité pouvant atteindre 20% [1]. Chez notre patient, il n'y avait pas de facteurs favorisants cette complication en dehors du tabagisme. D'autres complications dues à la dissémination virale ont été décrites, notamment l'encéphalite, l'hépatite et les troubles de la coagulation [2]. Notre patient a présenté une cytolyse hépatique, une cholestase modérée et une thrombopénie qui ont régressé sous traitement antiviral. L'atteinte rénale étant peu fréquente se traduisant essentiellement par une glomérulonéphrite aigue. Elle peut être redoutable avec une insuffisance rénale comme rapporté par notre observation.

Conclusion : La varicelle grave n'est pas seulement l'apanage de l'enfant ou de l'adulte immunodéprimé. Les complications varicelleuses, parfois redoutables, doivent être présentes à l'esprit du clinicien afin d'être diagnostiquées et prise en charge précocement.[1]. Anonymous. Chicken-pox pneumonia. BMJ 1967; 4:438. [2]. Senneville E, Infections. À VZV : formes de l'adulte sain et de l'immunodéprimé. Med Mal Infect 1998;28:791—9.

P. 046. Colonisation à bacteries multiresistantes en Réanimation : Epidémiologie et pronostic

Auteurs : MW. Mhajba1*, A. Trifi1, M. Zribi2, F. Daly1, Y. touil1, R. Nasri1, S.Abdellatif1, C. Fandri2, S. Ben Lakhal1
Service et Hôpital : *1 Réanimation de réanimation, hôpital de La Rabta, Tunis, Tunisie 2 Service de bactériologie, hôpital de La Rabta, Tunis, Tunisie*

Introduction: L'émergence des bactéries multi résistantes aux antibiotiques (BMR) représente aujourd'hui un problème de la santé humaine à l'échelle mondiale. En réanimation, le dépistage de BMR permet une identification des malades porteurs de BMR et d'instaurer des mesures d'hygiène spécifiques afin de limiter leur propagation. Nos objectifs étaient d'étudier l'épidémiologie de la colonisation à BMR en réanimation, déterminer ses facteurs de risque (FDR) et évaluer son impact pronostique.

Patients et méthodes: Étude prospective, descriptive et analytique sur 4 mois en collaboration avec le service de bactériologie, qui a inclus tous les patients (>18 ans) de réanimation avec un séjour dépassant les 24 heures. Le

dépistage de BMR consistait à réaliser une série d'écouvillonnage à l'admission et renouvelée de façon hebdomadaire. L'écouvillonnage a concerné le site nasal, cutané, rectal et urinaire. Les FDR et l'évaluation pronostique ont été effectuées en comparant les groupes colonisés versus non colonisés à BMR.

Résultats: 112 tests de dépistage ont été réalisés chez 40 patients. 71 tests de dépistage ont été positifs et 142 BMR ont été isolées chez 30 patients. L'incidence de l'acquisition de BMR était de 51 patients/1000 jours d'hospitalisation (JH) et une densité d'incidence à 4 BMR/patient/1000 JH. Le site nasal était le site le plus colonisé (57) suivi du site rectal (42). Dans l'ensemble, les isolats étaient: Entérobactéries (43%), Acinetobacter baumanii (30%), Pseudomonas aeroguinosa (19%) et Staphylococcus aureus résistant à la méticilline: SARM (7%). Les facteurs de risque significativement liés à la colonisation à BMR étaient: hospitalisation> 7 jours (OR=2,55, IC95% [1,24-5,05]), sonde gastrique (OR= 3,73, IC95% [1,03-13,39]) et présence d'escarres (OR=4,63, IC95% [1,28 -14,76]). La colonisation à BMR était associée à une augmentation significative de l'infection nosocomiale (IN) (61% vs 17%, p<0,001) et proche de la signification pour la durée de la ventilation (20 vs 12 jours, p=0,06). Aucune différence n'a été objectivée quant à la durée de séjour (18 vs 13 jours, p=0.24) et de la mortalité (34.8 vs 22.5%, p=0.12).

Conclusion: L'incidence de la colonisation à BMR était considérable et Entérobactéries sécrétrices de bêta-lactamase à spectre étendu, Acinetobacter B. résistant à l'imipenème et Pseudomonas aeroguinosa multi résistant étaient les plus isolés. Une hospitalisation> 7 jours, une sonde gastrique et la présence d'escarres prédisposaient de manière significative à la colonisation à BMR. Cette colonisation était responsable d'une augmentation significative des IN et tendait à prolonger la durée de ventilation mais sans impact sur la durée de séjour et la mortalité.

P. 047. Profils épidémiologiques des péritonites post opératoires

Auteurs: W.Ferjani*, I.Azri, H.Romdhane, F.Saoudi, H.Hadded, Y.maliki, B.Zaidi, M.H.Barhoumi
Service et Hôpital : *Service d'anesthésie réanimation, CHU Ibn Jazzar Kairouan*

Introduction : La péritonite post opératoire est une pathologie grave, de physiopathologie complexe. Malgré les améliorations technologiques et des techniques opératoires, elle reste une affection redoutable et le plus redouté c'est qu'elle s'accompagne d'une mortalité bien souvent supérieure à 50% avec une lourde prise en charge.

Matériels et méthodes : Notre travail est une étude rétrospective sur une période de 4 ans, allant depuis 1er janvier 2007 au 31 octobre 2010, incluant 37 cas de péritonites post opératoires parmi les 4047 laparotomies effectuées après chirurgie abdominale dans les services d'anesthésie-réanimation et de chirurgie viscérale de l'hôpital IBN Jazzar unité les Aghlabites de Kairouan. Les critères d'exclusion sont: Les reprises blanches, les reprises pour hémorragie digestive, les reprises pour infection sur cavité résiduelle d'un kyste hydatique du foie, le recueil des données a été réalisé à l'aide d'une fiche pré-rétablie. Une analyse univariée a été réalisée, au moyen d'un test Chi deux, pour déterminer la liaison de chaque facteur pronostique avec la mortalité. Les objectifs de notre travail étaient : L'analyse des profils épidémiologiques des péritonites post-opératoires, l'identification des facteurs prédictifs de mortalité liée à cette affection.

Résultat : La fréquence de péritonite post-opératoire a été de 0,91%. L'âge moyen était de 46,19 ans, le sex- ratio était de 1,2. L'analyse sémiologique a montré que les signes cliniques ont été nombreux et peu spécifiques. La mortalité globale a été de 27%. L'âge (p=0.023), les tares associées (p=0.001), l'existence d'au moins de deux défaillances viscérales (p=0.002), la présence d'un choc septique au moment de la reprise (p=0.0001), le recours aux agents vaso-actifs en post-opératoire (p=0.0001), un score APACH 2 ≥ 16 (p=0.004), SAPS2 ≥ 30 (p=0.003) et SOFA ≥ 5 (p=0.013).

Conclusion : La péritonite post-opératoire reste grevée d'une lourde mortalité. L'amélioration du pronostic passe par un diagnostic et une reprise précoce et par la bonne collaboration entre l'anesthésiste-réanimateur et le chirurgien.

P. 048. Hépatite fulminante fatale à virus varicelle: A propos d'un cas

Auteurs : C.B Salah*, E.Neffati, N.B Mefteh, R.Bawandi, A.Khelil
Service et Hôpital : *Service des Urgences-SMUR CHU Maamouri Nabeul Tunisie*

Introduction : L'atteinte hépatique est souvent décrite dans les infections cutanées à varicelle (VZV), mais celle-ci est en général infraclinique. Dans certains cas, elle peut revêtir une forme grave bien que les cas d'hépatite fulminante soient exceptionnels.

Observation : Patient âgé de 17 ans sans antécédents pathologiques notables, adressé à nos urgences pour éruptions cutanées vésiculeuses hématiques avec douleur abdominale et AEG évoluant depuis 04 jours. Le patient a reçu de l'Algésic500 2 gelx2/j + hexomédine. L'examen à l'admission : GS 15/15, TA 90/40 mmHg, tachycardie à 140/mn, SaO2 90%, pas de syndrome méningé, abdomen souple dépressible avec absence d'hépatomégalie, présence de lésions vésiculeuses généralisées. La biologie a objectivé une cytolyse avec une note de cholestase ainsi qu'une CIVD. Les sérologies de l'hépatite A, B, C et E étaient négatives. Le patient a été mis sous Acyclovir, avec remplissage vasculaire et oxygénothérapie puis mis sous drogue vasoactive. L'évolution était défavorable et le patient est décédé le jour même de son admission. Le diagnostic d'hépatite fulminante à virus varicelle était retenu. A noté que son père était hospitalisé au service d'infectieux la Rabta pour varicelle deux semaines après le décès de son fils.

Conclusions : Les hépatites fulminantes sont exceptionnelles dans la varicelle. Les douleurs abdominales précoces sont constantes et associées à une cytolyse, un traitement par Acyclovir doit être démarré d'emblé. Le pronostic est sombre.

P. 049. Characteristics and outcomes of patients requiring valve surgery during active infective endocarditis

Auteurs : A.G. Ammous, I.Ben Naoui, I.Nefzi, A. Hammas, R. Jemni, A. Ammous, A. Cherif
Service et Hôpital : *Service d'anesthésie reanimation, hôpital La Rabta.*

Introduction: Infective endocarditis is a serious disease with high morbidity and mortality. The Purpose of our work was to analyze the characteristics and outcomes of patients requiring valve surgery during active infective endocarditis.

Methods: Retrospective review of data of 36 surgically treated patients in our cardiovascular surgery department from January 2010 to December 2016 with a diagnosis of infective endocarditis requiring surgical management.

Results: We selected 41 patients. The mean age was 45 years ±17 with majority of males (72.2%). Native valves were involved in 29 patients (70.73%). Infective endocarditis mainly involved the aortic valve (24), mitral (17), and tricuspid (2). The most common causative pathogens were streptococci (9), staphylococci (7), and enterococci (3) (table1). The antibiotic treatment was adapted to the results of the bacteriological samples in 8 cases (22,22%). Perioperative mortality was 41.7%. The timing of surgical intervention is 6.86 days ±9. Reasons for indicating surgery in 36 patients included heart failure (36.2%), vegetation (27.8%), no control of infection (11.1%), unstable prosthesis (8.4%).

Comment: In our study, the biological profile of infectious endocarditis is marked by the preponderance of streptococcus and staphylococcus according to the international cohort (1)taken here as a reference with a larger percentage of negative cultures. This would have affected the low percentage of treatment adaptation (22,22%) and subsequently the high rate of perioperative mortality (41,7%) vs 18%* in the reference study .

Conclusion: Endocarditis remains a serious problem both in terms of diagnosis and management. Current trends are for earlier surgery favoring valve repair (AHA and ESC guidelines). A better knowledge of microbiological characteristics would improve the quality of management.

	n= 41 (%)	n= 1558 (%)*
Streptococci	9 (22)	648 (41)
Staphylococci	7 (17)	490 (33)
Enterococci	3 (7)	158 (10)
Other pathogens	9 (22)	140 (9)
Negative Culture	13 (32)	122 (7)

P. 050. Endocardites fongiques en Réanimation

Auteurs : K. Ben Ismail*, S. Ayed, A. Jamoussi, T. Merhebene, J. Ben Khelil, M. Besbes
Service et Hôpital : *Service de Réanimation Médicale, Hopital A.Memmi Ariana*

Introduction : Les endocardites fongiques sont rares. Leur incidence est certainement sous-estimée du fait des difficultés de mise en évidence du microorganisme responsable. Elles sont surtout observées chez le sujet porteur d'une valvulopathie ou toxicomane intraveineux, mais elles concernent actuellement de plus en plus le sujet immunodéprimé. Nous décrivons ici deux cas d'endocardites fongiques en réanimation et nous détaillons leur profil clinique et évolutif.

Cas 1 : Homme âgé de 35 ans, toxicomane intraveineux depuis 15 ans, admis initialement pour endocardite droite à staphylocoque coagulase négative méticilline sensible compliquée d'une staphylococcie pleuropulmonaire traitée par Oxacilline. Secondairement, les hémocultures sont positives à staphylocoque coagulase négative méticilline résistant et à sténotrophomonas maltophilia, avec appartition à l'échographie cardiaque d'une image hyperéchogène anévrysmale sur le versant septal de la grande valve mitrale évoquant alors une endocardite gauche. L'antibiothérapie a été alors adaptée et il a été mis sous Vancomycine, Lévofloxacine et Colimycine. A J25 d'hospitalisation, installation d'un état de choc septique avec réapparition d'une image hyperéchogène de 6mm sur la valve tricuspide et un aspect évoquant un abcès valvulaire mitral avec des hémocultures positives à candida. Le diagnostic retenu est une endocardite fongique et un traitement par Voriconazole a été démarré. L'évolution était rapidement fatale dans un tableau d'état de choc réfractaire.

Cas 2 : Homme âgé de 51 ans, sous Méthotrexate et corticothérapie au long cours pour une polyarthrite rhumatoïde, admis en réanimation pour insuffisance respiratoire aigue sur une pneumopathie interstitielle diffuse en rapport avec sa maladie, associée à une poussée infectieuse aigue. Une antibiothérapie à large spectre a été entamée devant le terrain immunodéprimé. L'évolution a été marquée par l'installation d'un état de choc septique en rapport d'abord avec une septicémie à staphylocoque coagulase négative méticilline résistant nécessitant la prescription de la Vancomycine puis une endocardite gauche avec des hémocultures positives à candida survenue à J15 d'hospitalisation d'où sa mise sous Voriconazole. L'évolution était rapidement fatale.

Conclusion : la toxicomanie intraveineuse et les traitements immunosuppresseurs apparaissent comme facteurs prédisposant au développement d'infections fongiques. Les endocardites fongiques sont grevées d'une lourde mortalité malgré un traitement adapté avec un tableau clinique sévère ne permettant pas d'envisager un traitement chirurgical.

P. 051. Infection létale à Nocardia Concava chez une femme enceinte

Auteurs : T.Merhbene 1, E. Mehiri 2, H.Amri* 1, A.Jamoussi 1, S. Ayed 1, H Neji 3, B.Pangon 4, L. Slim 2, J. Ben Khelil1, M. Besbes1

Service et Hôpital : *1.Service de réanimation médicale. H A Mami. Ariana 2.laboratoire de microbiologie. H A Mami. Ariana 3 : Service d'imagerie médicale. H A Mami. Ariana 4 : Laboratoire de microbiolgie. C H Le chesney, Versailles*

Introduction : Les Nocardia sont des bactéries filamenteuses à Gram positif responsables d'infections opportunistes peu fréquentes en clinique humaine mais pouvant être très graves en présence d'une immunodépression. Le sous type Nocardia Concava n'a jamais était décrit en Tunisie.

Observation: Mme JR, 30 ans, enceinte de 28 semaines, issue d'un milieu rural ; est admise en réanimation pour un syndrome de détresse respiratoire aigu en rapport avec une pneumopathie nécrosante bilatérale. Dès l'admission, elle est mise sous ventilation mécanique non invasive et antibiothérapie à large spectre. L'état de la patiente ne s'est pas amélioré avec persistance de la fièvre à 39-40°C. Le scanner thoraco-abdominal a montré des images de condensation en verre dépoli associées à des excavations, des adénomégalies nécrosés, des nodules et un infarctus surrénalien. Devant la négativité des recherches microbiologiques courantes (germes banaux, Mycobacterium tuberculosis, Pneumocystis jirovecii, Legionella, Aspergillus, brucella), une biopsie pulmonaire a été pratiquée. Sa mise en culture était positive après 48h d'incubation à 37°C en aérobiose : des petites colonies sèches plissées incrustées dans la gélose sont isolées. L'examen microscopique après coloration de Gram retrouve des bacilles à Gram positif filamenteux faisant suspecter une Nocardia. La coloration de Kinyoun met en évidence leur caractère acido-alcoolo résistant. La spectrométrie de masse a orienté vers l'espèce Nocardia concava, identification confirmée par le séquençage de l'ARN 16S. L'antibiogramme a retrouvé une sensibilité au triméthoprime+sulfaméthoxazole, au linézolide, à l'imipénème, à l'amikacine et à la moxifloxacine. La patiente a alors été mise sous Linézolide pendant 9 jours, relayé par une association triméthoprime+sulfaméthoxazole, imipénème et amikacine mais l'évolution a été défavorable.

Conclusion: Les infections à Nocardia sont très rares. L'identification de ces espèces reste difficile. N.concava est une nouvelle espèce décrite pour la première fois en 2005, le cas de cette patiente est le 5éme décrit dans la littérature et cette espèce est incriminée dans des infections pulmonaires invasives. Pour notre patiente l'issue a été fatale malgré une antibiothérapie adaptée.

P. 052. Etat de lieux des isolats de Klebsiella Pneumoniae.

Auteurs : MW.Mhajba*, A.Trifi, Y.Touil, K.Ben Ismail, F.Daly, R.Nasri, S.Abdellatif, S.Ben Lakhal.
Service et Hôpital : *Service de réanimation médicale CHU La Rabta.*

Introduction: Nous assistons de nos jours à une émergence des bactéries multirésistantes en particulier dans les unités de soins intensifs. Ces bactéries ont progressivement acquis différents mécanismes de résistances. Klebsiella Pneumoniae (KP) est parmi les pathogènes les plus fréquemment isolés dans nos unités de réanimation. L'objectif de notre travail était d'étudier les caractéristiques cliniques, bactériologiques et thérapeutiques des infections nosocomiales à KP.

Méthodes: Il s'agit d'une étude prospective entre Mars 2017 et Septembre 2017 incluant les patients ayant développé une infection ou une colonisation à KP. Nous avons étudiés les données cliniques, microbiologiques et thérapeutiques.

Résultats: Trente-deux patients étaient inclus dans notre étude d'âge moyen de 49 ans et de sex-ratio à 1,1 chez avec identifié 88 souches de KP identifiées. Les principales comorbidités étaient présentées respectivement par le diabète (31%), le HTA (28%) et la bronchopneumopathie chronique obstructive (10%). Les motifs d'admission étaient dominés par l'IRA (28%) suivi par le coma (22%) et l'état de choc (16%). Nos patients avaient un IGS II moyen à 36 +/- 06 et un APACHE II moyen à 17 +/- 04. KP était isolés préférentiellement dans les aspirations trachéales pour les infections nosocomiales et au niveau du site rectal pour les tests de dépistage de BMR. Le type de phénotype de KP majoritaire combinait deux mécanismes : une hyperproduction de céphalosporinase plasmidique ou chromosomique (hyper Case) et une imperméabilité membranaire (voir figure 1). L'étude de la médiane du délai d'isolement de KP montrait une modification du phénotype prédominant au cours du séjour au profit des souches plus résistantes en particulier BLSE et Hyper case témoignant d'une forte sélection exercée par les antibiotiques. L'imipénème, la colistine et l'amikacine demeuraient les antibiotiques les plus actifs pour KP avec respectivement une sensibilité de 60%, 85% et 68% sur l'antibiogramme standard. L'antibiothérapie de 1ère intention des infections à KP était une association imipénème/colistine. Cette antibiothérapie était révisée dans 18% des cas. La durée moyenne de l'antibiothérapie prescrite était de 15 +/- 4 jours. 90% de nos patients ont bénéficié d'une ventilation mécanique, 06% d'une épuration extra-rénale et 63% d'un support vaso-actif. La médiane de la durée de séjour était de 22 jours avec des extrêmes allant de 07 à 153 jours.

Conclusion: L'émergence de souches de KP multirésistantes est désormais un fait établi dans notre service et partout dans le monde. La multiplicité des phénotypes isolés souligne la haute capacité de mutations génétiques et d'acquisition de nouvelles résistances. Une meilleure maîtrise en termes d'hygiène hospitalière (formation du personnel aux règles préventives, connaissance de l'écologie locale, isolement des porteurs. . .) et un meilleur contrôle de la consommation en antibiotiques seraient toutefois des facteurs favorisants une meilleure maîtrise des risques.

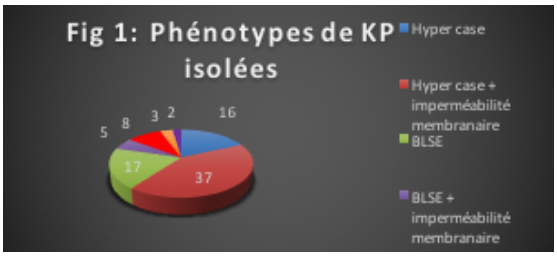


Figure 1 : TRI: Pase TEM résistante aux inhibiteurs; BLSE: b-lactamase à spectre étendu; Hyper case : céphalosporinase hyper produite.

P. 053. Incidence and characteristics of viral community acquired pneumonia admitted to intensive care unit

Auteurs : T.Merhbene, A. Ben slimene*, A.Jamoussi, S. Ayed, J. Ben Khelil, M. Besbes.
Service et Hôpital : *Intensive care unit- Abderrahman Mami Hospital. Ariana*

Background: Community-acquired pneumonia (CAP) is a leading infectious cause of hospitalization and death in intensive care unit (ICU). In adults, viral causes of community-acquired pneumonia (VCAP) still poorly documented and characterized.

Purpose: to study incidence and characteristics of patient admitted in ICU with severe VCAP over 9 years.

Methods: it was a retrospective cohort study from the 1st January 2008 to the 30th September 2017. We described epidemiology, etiology, treatment and outcomes of VCAP admitted to ICU of Abderrahman Mami Hospital during this period.

Results: out of 4994 admissions, 105 patients (incidence=2.1/1000 admissions) were enrolled. Median age was 46±16 years [3-88] and sex ratio=1.38. 22% of female patients were pregnant. Mean IGS II and sofa scores were respectively 27 and 3. Co-morbidities were observed in 76% of patients (n=80): it was especially chronic lung disease in 31% and chronic heart disease in 20%. Immmunocompromised status was present in 7.6%. Only 1.9% of our patients were vaccinated and 12.4% have received antiviral treatment before ICU admission. References from our emergency department represent 42% of cases, wards of our hospital 16.2%, and the remainders were issued from others hospitals. 43% of our patients have an incubation delay less than 7 days. Acute respiratory failure (98%) complicating community acquired pneumonia was the main cause of admission with mean P/F=180±107mm Hg. Acute respiratory distress syndrome was present in 78.1% (n= 82); it was sever in 27.6%, moderate in 32.4% and mild in 18.1%. Septic shock was observed in 26.7% (n=28). Hyponatremia was noted in 41%, hepatic cytolysis in 22.9%, rhabdomyolysis in 21% and lymphpenia in 58.1%. Isolated viral pathogens were respectively: H1N1 (64.8%), H3N2 (7.6%), varicella (8.6%) and more than 2 agents (7.6%). Bacterial coinfection was documented in 26.7%. It was mainly streptococcus pneumoniae (5.7%), haemophilus influenzae (5.7%) and klebsiella pneumoniae (3%). Mechanical ventilation was indicated in 71.4% of cases, it was invasive in 19%, non invasive in 27.6% and a combination of invasive and non-invasive ventilation in 24.8%. Mean duration of mechanical ventilation was 4.64 days [1-30]. 56% of patients received antiviral treatment with a median duration of 3.6±3.6 days. 49.5% were treated simultaneously with initial empiric antibiotherapy. Cares related complications occurred in 26.7% of cases: it was pneumonia in 20%, septic shock in 26.7%, pulmonary embolism in 4.8% and acute renal failure in 20%. Median Length of ICU stay was 12±11 days. Mortality rate was 27.6% (n=29). Univariate analysis showed that age ≥ 44 years, IGSII ≥24, sofa score ≥2, organ dysfunction at admission and mechanical ventilation ≥6 days were predictive factors for mortality. Multivariate analysis showed that age, sofa score, and septic shock were independent factor related to ICU mortality.

Conclusion: VCAP admitted in ICU are associated with high mortality. Multiorgan failure at admission was the major factor for worse prognosis.

P. 054. Détection de Carbapenemase et implications therapeutiques ches les brulés

Auteurs : B. Khaled (1); A. Mokline (1); I. Rahmeni (1); N. Belhaj Salah (1); L. Gharsallah L (1); L. Thabet (2); AA. Messadi (1)

Service et Hôpital : *(1) Service de réanimation de brûlés, Centre de traumatologie et des grands brûlés. Ben Arous (2) Service de biologie clinique, Centre de traumatologie et des grands brûlés. Ben Arous*

Introduction: L'émergence des bactéries productrices de carbapénèmases (BPC) et leur dissémination représentent une menace réelle et préoccupante de santé public car limitent les options thérapeutiques, possèdent un potentiel épidémiogène important et augmentent la mortalité. La détection des carbapénémases est un défi pour les laboratoires. Il est impératif d'avoir des mesures solides de prévention et de contrôle de l'infection afin d'éviter des situations d'épidémie au niveau hospitalier. But: Evaluer l'intérêt de détection de carbapénemases dans l'optimisation thérapeutique chez les brulés septiques.

Methodologie: Etude prospective, monocentrique menée au service de réanimation des brulés sur 6 mois (mars-aout 2017). Ont été inclus les patients ayant présenté un sepsis et ayant benéficié d'une recherche de carbapénémase par PCR.

Resultats: Durant la période d'étude, 30 patients ont été inclus. L'age moyen des patients était de 30 ± 11 ans avec un sex-ratio à 4. La surface cutanée brulée était de 41 ± 17%. Il s'agissait d'une immolation dans 53% et d'un accident domestique dans 23% des cas. Les patients étaient transférés d'une autre structure hospitalière dans 86.7% des cas avec un délai moyen de 86 heures. 90% des patients ont présenté un sepsis avec un délai de 9 jours. L'antibiothérapie était empirique dans 77% des cas (n=23), avec un échec thérapeutique dans 60% des cas. Dans notre série, le portage des carbapénemases a été réparti comme suit (tableau 1):

PORTAGE DE CARBAPÉNÉMASES			
PCR :	Positive +	Negative -	
	24 (80%)	6 (20%)	
Enzymes :	OXA-48	VIM	NDM
	43,3%	70%	60%

Chez les patients PCR (+), l'antibiothérapie initiale a été modifiée dans 18 cas. Les options thérapeutiques étaient basées sur la combinaison; Tigecycline- colistine ou tigécycline - fosfomycine, ou fosfomycine- colistine. Ceci a permis de réduire l'echec thérapeutique dans 20% des cas.

Conclusion: Dans notre série, la detection de carbapenemase était elevée (80%). Ceci est expliqué par un nombre elevé de transfert secondaire (86,7%) des institutions hospitalières à haut risque de portage de carbapenemases. De ce fait, le dépistage systématique de ces patients avec mise en place d'un isolement de contact préemptif et les bonnes pratiques d'hygiène hospitalière restent la pierre angulaire de la prévention et du contrôle des infections par ces bactéries.

P. 055. Antimicrobial resistance in a medical icu, incidence and risk factors

Auteurs : M.A. Boujelbèn1, N. Fraj1, J. Baroudi1, N. Sma1, K. Meddeb1, E. Ennouri1, W. Zarrougui1, H. Kallel1, A. Ben Abdelhafidh1, I. Ben Saida1, A. Azouzi1, A. Khedher1, I. Chouchene1, J. Ayachi1, M. Boussarsar1,2, A. ammar3, A. Ben Cheikh3, H. Ghali3, O. Ezzi3,

Service et Hôpital : *1Farhat Hached University Hospital, Medical Intensive Care Unit, Sousse, Tunisia, 2Ibn Al Jazzar Faculty of Medicine, Research Laboratory N° LR14ES05 Interactions of the Cardiopulmonary System, Sousse, Tunisia, 3Farhat Hached University Hospital.*

Background: Infections with antimicrobialresistant bacteria (AMRB) oppose tremendous challenges in the spectrum of critically ill patients. These infections are associated with higher morbidity, mortality and healthcare costs. Objectives; To assess the incidence of hospital acquired infections caused by AMRB in an 8 bed Tunisian MICU and to describe/ detail the antibiotic resistance profiles of infecting pathogens. To determine the independent risk factors of AMRB infections in the MICU.

Methods: An 18 months prospective study from September 15th, 2015 to March 15th,2017 were induced in the adult medical ICU of Farhat Hached University Hospital in SousseTUNISIA. All patients with more than 48H of ICU stay .All the resistance pattern were tested for all isolated bacteria. Univariate and multivariate analysis were performed to identify independent risk factors of AMRB infections. P values of less than 0.05 were considered as statistically significant.

Results: From 258 eligible patients during the study, 40 developed 45 AMRB infections with a density incidence of 12.7/1000 patienthospitalizationdays. 24 (53%) of AMRBs were responsible for a Ventilator Acquired Pneumonia. The most frequent isolated microorganisms were: MDR Acinetobacter baumannii (only to colimycin and rifampicin susceptible) 33(73.33%), Extendedspectrum betalactamase producers 8(17.77%) represented essentially by Klebsiella pneumoniaeand finally Methicillin resistant Staphylococcus aureus 4(8.88%). Independent risk factors of AMRB acquired infections were the duration of sedation (OR=1.15, CI95% [1.05,1.27], p=0.004) and the number of antibiotics received prior to the infection (OR=1.6, CI95% [1.01,2.52], p=0.0046).

Conclusion: The study demonstrated the emerging trend of AMRB in our MICU with the peculiar presence of MDR Acinetobacter baumannii.

P. 056. Les infections nosocomiales en Réanimation. Experience d'un hôpital regional

Auteurs : M.Hammami*, M.Soussi, R.Barkia, S.Boubakri.

Service et Hôpital : *Service de réanimation, hôpital régional de Kerkennah*

Introduction : l'infection nosocomiale (IN) est une des principales causes de morbidité et de mortalité chez les patients hospitalisés en réanimation.

Les objectifs de cette étude sont d'établir l'incidence des IN dans le service de réanimation de l'hôpital régional des iles de Kerkennah, de connaître les sites les plus fréquents de ces infections, de déterminer les micro-organismes les plus impliqués, d'étudier les facteurs de risque liés à ces infections.

Matériels et méthodes : nous avons mené une étude rétrospective, sur une période de 3 ans allant du 1er janvier 2014 au 31 décembre 2016 au service de réanimation médical de l'hôpital régional de Kerkennah. Ont été inclus tous les patients dont la durée d'hospitalisation est de plus de 48heures et chez qui une infection documentée par un prélèvement bactériologique a été retenue.

Résultats : Durant la période d'étude, 50 patients ont été retenus sur un total de 625 patients admis en service de réanimation, soit une incidence de 12,5%.

L'âge moyen de nos patients était de58 ans avec un sexe ratio de 1,8. Nous avons constaté 62 épisodes infectieux, ce qui représente en moyenne 1,24 épisode par patient. Les infections les plus fréquentes étaient ; les pneumopathies (32%), les infections urinaires (28%), les bactériémies (15%), les infections liés au cathéter (9%). Le délai moyen de survenue d'IN était de 5 jours. Les germes incriminés dans les IN sont largement dominés par les bacilles gram négatifs (76%) surtout les entérobactéries (38%), Pseudomonas aeruginosa (21%) et Acinetobacter baumannii (5%). Les cocci gram positifs viennent en deuxième rang dans 21% et les candidoses dans 3% des cas. La survenue d'une IN était significativement associée à la ventilation mécanique, un délai de séjour supérieur ou égal a 8 jours, la présence d'un cathéter central ou périphérique, une sonde urinaire, au diabète, à l'âge et le transfert d'une autre structure sanitaire. La durée moyenne d'hospitalisation était de 14 ± 8 jours et la mortalité était de 40%.

Conclusion : Les infections nosocomiales (IN) constituent un problème réel de santé publique vu sa fréquence, sa gravité, son taux de mortalité et son cout.il parait nécessaire de mettre dans notre hôpital une politique globale de prévention des IN qui repose sur la formation du personnel l'application des précautions d'hygiène et la diffusion des recommandations de bonnes pratiques d'hygiène hospitalière.

P. 057. Comparison of characteristics and outcomes of H1N1 community acquired pneumonia versus other virus.

Auteurs: T.Merhbene, A. Ben slimene*, A.Jamoussi, S. Ayed, J. Ben Khelil, M. Besbes.
Service et hôpital : *Intensive care unit- Abderrahman Mami Hospital. Ariana.*

Background: Viral community-acquired pneumonia (VCAP) are a rare cause of mortality in intensive care units. It has not been determined whether VCAP is associated with increased mortality among patients with specific pathogens as H1N1. Purpose: to compare demographic, clinical data, therapeutic and outcomes of patients admitted to our ICU for H1N1 VCAP versus other virus.

Methods: it was a retrospective cohort study from the 1st January 2008 to the 30th September 2017. 105 VCAP were enrolled. 2 groups were defined: GI:(68 H1N1 pneumonia) and GII: (37 other virus).

Results: Mean age in GI was significantly lower ((42±16 years vs 53±16) (p= 0.001)). No significant differences were observed in sex ratio (1.26 vs 1.73), mean IGSII (26.34 vs 30) and mean SOFA score which was the same in the 2 groups (3±2). Comorbidities such as COPD, diabetes, hypertension were more frequent in GII. All patients had an acute respiratory failure. At admission, radiographic findings were similar in two groups. No significant differences were found in organ dyfunction: acute respiratory distress syndrome (63%vs78%) septic shock (25% vs 29%), acute renal failure (20% vs 18%), necessity to extra renal epuration (13%vs 8%) and need to mechanical ventilation (41% vs 48%). Bacterial coinfection was significantly higher in GII ((40% vs19%)(p=0.018)). Care associated complications were similar in the 2 groups: nosocomial pneumonia (17.64%vs24%), mean duration of invasive ventilation (5±8days) and mean length of ICU stay (11 ±12 days). Mortality rate was significantly lower in GI (20% vs 40%). Higher number of patients in GI has received antiviral treatment before ICU admission (16% vs 5%) with a longer duration of efficient treatment (osetalmivir) (4.5 vs 1.8 day).

Conclusion: In comparison with other microorganisms, H1N1 VCAP requiring ICU hospitalization are associated with better prognosis. This is probably to the protocolized initial management.

P. 058. Le Tétanos en Tunisie, une affaire non encore classee... à propos d'un cas

Auteurs : T. Kharraz*, D. Azzouzi, A. Mghirbi, A. Achouri, H. Maghraoui, K. Mejed
Service et Hôpital : *La Rabta, service des urgences*

Introduction: Le tétanos est une affection grave, le plus souvent mortelle, qui continue malheureusement à poser un réel problème de santé publique dans le monde, et ce, en dépit des efforts de l'OMS pour l'éradiquer. En effet, le tétanos est toujours endémique dans des dizaines de pays, touchant essentiellement des patients peu ou non immunisés, le plus souvent des personnes âgées, chez lesquels les taux de létalité sont plus élevés. Nous présentons le cas d'une infection tétanique chez une patiente âgée.

Observation: Une femme âgée de 63 ans, qui n'a comme antécédents qu'une hypertension artérielle, est adressée aux urgences de la Rabta devant l'apparition d'un trismus quelques jours auparavant, suivie de la survenue d'une contracture douloureuse des muscles para vertébraux, laquelle symptomatologie a motivé la réalisation par le premier

médecin qui l'a vue d'une TDM cérébrale qui était sans anomalies. L'examen physique a conclu qu'il s'agissait d'une patiente initialement stable sur les plans respiratoire, hémodynamique et neurologique, mais fébrile à 38°C, présentant une contracture musculaire généralisée avec des spasmes musculaires, et une plaie au pied droit occasionnée par un objet souillée environ un mois auparavant. Le diagnostic de tétanos a été porté et la patiente a donc été mise sous benzodiazépines en IV avec surveillance rapprochée de son état respiratoire qui dès son aggravation a amené le médecin de garde à l'intuber et la ventiler en mode VAC tout en la sédatant par l'hypnovel à la pousse seringue électrique, une prescription de SAT/VAT n'a pas été omise. Par la suite, la patiente n'a pas tardé à être transférée dans un service de réanimation médicale pour compléter sa prise en charge.

Conclusion: Le tétanos est malheureusement une affection qui sévit encore dans notre pays, d'où tout l'intérêt non seulement de la poursuite des campagnes de sensibilisation quant aux méthodes de sa prévention, mais aussi d'un diagnostic aussi précoce que possible ce qui permettra une prise en charge énergique en milieu de réanimation visant en premier lieu à préserver la respiration du malade.

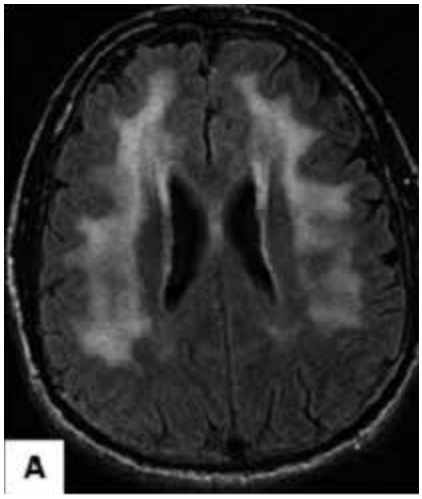
P. 059. Un cas de neurobrucellose à évolution particulièrement prolongée

Auteurs : K.Ben Ismail*, A.Trifi, H.Doghri, F.Daly, MW.Mhajba, H.Allouch, I.Trabelsi, Y.Touil, R.NasriI, S.Abdellatif, S.Ben Lakhal
Service et Hôpital : *Réanimation médicale LA RABTA*

Introduction : La brucellose est une zoonose ubiquitaire touchant en particulier les pays méditerranéens et le Moyen-Orient. Les manifestations neurologiques sont assez rares, ce qui rend le diagnostic difficile.

Observation : Nous rapportons l'observation d'un patient âgé de 59 ans, sans antécédents pathologiques, hospitalisé en réanimation pour coma. L'histoire de sa maladie remonte à 3 mois avant son admission marquée par l'installation de céphalées intenses avec une humeur dépressive, irritabilité, isolement social, puis installation progressive d'une quadriparésie, fuite urinaire, confusion puis coma. Le diagnostic de neurobrucellose a été retenu devant des hémocultures positive à Brucelle, une sérologie de Wright positive à 1/320 et une atteinte démyélinisante à l'imagerie cérébrale par résonance magnétique .Une ponction lombaire a été faite montrant une pleiocytose à 15 éléments, avec hyperproteirachie à 0.7g/l, une normoglycorachie et une culture négative. L'électroencéphalogramme a montré un microvoltage avec une souffrance cérébrale diffuse.L'évolution était défavorable vue le retard diagnostic. Dans un pays où la Brucellose est endémique et devant un tableau clinique associant un patient exposé, une céphalée, trouble de l'humeur et une symptomatologie neurologique progressive, le diagnostic de neurobrucellose doit être évoqué.

Conclusion : La neurobrucellose est une affection grave dont le pronostic dépend de la précocité du diagnostic et du traitement.



IRM cérébrale coupes axiales séquence Flair (a) montrant un hypersignal péri-ventriculaire (leuco-encéphalopathie).

P. 060. Les infections nosocomiales à enterobacteries en milieu de Réanimation

Auteurs : M.A. Boujelbèn *(1), H. Kallel(1), M.Tobich(1), D.Sakis(1), S.Habacha(1), A. Ghorbel(1), S. Zaak(1), R. Ben Marzouk(2), N. Ben Salah(2), I Fathallah(1), N. Kouraichi(1)

Service et Hôpital : *(1) Hôpital Yasminette de Ben Arous, Service de Réanimation Médicale ; (2) Hôpital Yasminette de Ben Arous, Laboratoire Polyvalent*

Introduction: Les infections nosocomiales dues aux BGN multi-résistants sont associés à un taux élevé de morbi-mortalité et une durée prolongé d'hospitalisation.

En plus de l'Acinetobacter baumannii et du Pseudomonas aeruginosa, la famille des Enterobacteriaceae est de plus en plus incriminé surtout en milieu de soins intensifs. L'objectif de ce travail est de décrire le profil épidémiologique des infections à entérobactéries dans une nouvelle unité hospitalo-universitaire de réanimation médicale Tunisienne.

Matériels et Méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective menée du 17 octobre 2016 (date d'inauguration du service) au 17 juillet 2017 dans une unité hospitalo-universitaire de réanimation médicale de 6 chambres individuelles à l'Hôpital Yasminette de Ben Arous. Nous avons recueilli les différentes caractéristiques, l'évolution et les issues des patients hospitalisés plus que 48h durant cette période.

Résultats : Parmi les 97 admissions durant les 9 mois de l'étude, 90(92.7%) patients étaient éligibles et ils ont développé 57 épisodes infectieux à germes nosocomiaux. 14(15.5%) patients ont présenté 22(38.6%) infections nosocomiales à entérobactéries. L'âge moyen était de 50.6±17.3ans avec un IGSII moyen de 48.6±20.8. La durée de séjour médiane était de 18jours [10-52.5]. 12(85.7%) patients ont nécessité une ventilation mécanique invasive avec une durée médiane de ventilation de 13.5jours [4.25-33.75]. Le taux de mortalité était de 42.8%(n=6).

Les entérobactéries identifiées ont été incriminés dans 8(36.4%) infections liées aux cathéters (ILC), 7(31.8%) pneumopathies acquises sous ventilation mécanique (PAVM) et 7(31.8%) infections urinaires (IU). 2(28.5%) PAVM, 2(25%) ILC et 1(14.2%) IU étaient poly-microbiennes (associée à un Pseudomonas aeruginosa).

13(59.1%) bactéries identifiés étaient sécrétantes de BLSE et 6(27.2%) étaient sécrétantes de carbapénèmases. La Klebsiella pneumoniae était le germe le plus fréquemment isolé ; 40.9%(n=9). Le tableau 1 décrit le type d'infection nosocomiale selon l'entérobactérie responsable.

Tab 1. Les entérobactéries identifiées selon le site d'infection

	Site d'infection			
Germe	ILC	PAVM	IU	Total
Klebsiella pneumoniae	4	1	4	9
Escherichia coli	1	3	2	6
Enterobacter cloacae	1	0	1	2
Providencia rettgeri	1	1	0	2
Pantoea spp	1	1	0	2
Proteus vulgaris	0	1	0	1
Total	8	7	7	22

Conclusion : Plus que le tiers (40.3%) des infections nosocomiales dans notre service sont à entérobactéries avec une forte présence de Klebsiella pneumoniae.

L'émergence alarmante des souches résistantes aux carbapénèmes nécessite l'accentuation des mesures d'hygiène préventives.

P. 061. Pancreatite emphysèmateuse : A propos d'une observation exeptionnelle

Auteurs : M.Zekri*, R. Ammar, K.Chtara, B.bradii, F.Fendri, O.Turki, CH.Ben Hamida, M.Bahloul, H.Chelly, M .Bouaziz

Service et Hôpital : *CHU HABIB BOURGUIBA / réanimation médicale*

Introduction : La pancréatite aigüe est une affection potentiellement grave, dont l'évolution est imprévisible. Elle nécessite une prise en charge multidisciplinaire. La pancréatite aigüe fulminante dans sa forme emphysémateuse a été rarement publiée mais elle engage le pronostic vital rapidement.

Observation : Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 66 ans admise en réanimation pour un tableau d'une pancréatite aigüe compliquée de défaillance multi viscérale. Depuis 1 jour avant son admission, elle a présenté une douleur épigastrique brutale post prandiale en barre avec arrêt des matières et des gaz et des vomissements nécessitant son hospitalisation au service de chirurgie. A l'examen elle a une sensibilité abdominale diffuse avec à la biologie une lipase à 1290UI/. L'évolution a été marquée par l'installation d'un état de choc et d'une détresse respiratoire indiquant son hospitalisation en réanimation.

La patiente a été intubé ventilé, mise sous noradrénaline, antibiothérapie à base de tienam, amiklin et flagyl. Elle a bénéficié d'une TDM abdominopelvienne qui a montré ; un aspect de pancréatite aigüe nécrosante (emphysémateuse) dans sa forme fulminante avec signes de surinfection se traduisant par la présence de l'air dessinant les canaux pancréatiques et les espaces péri-pancréatiques ainsi qu'au niveau des coulées de nécrose extra-pancréatique. L'évolution clinique était défavorable avec l'installation d'un choc réfractaire avec décès de la malade après 6h de son admission en réanimation.



P. 062. Etude descriptive de la meningo-encephalite tuberculeuse : à propos de 7 observations

Auteurs : R.Ammar, S.Bellil, K.Chtara, M .Kammoun, O .Turki, M.Hammami, F.fendri, M.Bahloul, CH.Ben hamida, H.Chelly. M.bouaziz
Service et Hôpital : *CHU Habib Bourguiba, Service de réanimation polyvalente*

Introduction : La tuberculose est un problème de santé public. La tuberculose neuro- méningée a une expression clinique très variable, en rendant le diagnostic souvent difficile. La difficulté d'isolement du bacille de Koch (BK), la nécessité de débuter très rapidement le traitement soulignent l'intérêt des tentatives de mise au point de techniques nouvelles d'identification du BK et de l'imagerie médicale. Tout retard de diagnostic engage le pronostic.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude rétrospective allant de la période de mars 2014 au juin 2017 faite au service de réanimation polyvalente du CHU HABIB BOURGUIBA de Sfax. Six cas de tuberculose neuro-méningé ont été identifiés par les données cliniques, biologique et radiologique.

Résultat : Notre échantillon comporte 7 patients réparti en 6 femmes (85,7%) et 1 homme (14,3%). L'âge moyen été de 27,14 ans avec un minimum de 17 ans et un maximum de 39 ans et une médiane de 24 ans. La moyenne du score de SAPSII à l'admission calculé chez 6 patients été de 28,33 avec une médiane de 27, un maximum de 44 et un minimum de 15. Le score de PRISM calculé à l'admission chez une seul patiente été de 22. La moyenne du score de SOFA calculé à l'admission été de 11,43 avec une médiane de 13, un minimum de 6 et un maximum de 13. Le motif d'admission chez tous les patient été un coma fébrile avec convulsion. Le score de le Glasgow calculé à l'admission a une moyenne est de 9,29, une médiane de 11, un minimum de 3 un maximum 13. La durée d'hospitalisation été en moyenne de 15,57 avec un minimum de 3 et un maximum de 29. Quatre patients sont décédés (57,1%).les trois autres patients sont sortis vivant à domicile (42,9%).

P. 063. Endocardite infectieuse aortique exclusive chez un toxicomane : A propos d'un cas

Auteurs : A.Jamoussi, N.Ben Mrad*, T.Merhebene, S.Zayet, S.Ayed, D.Lakhdhar, J.Ben Khelil, M.Besbes
Service et Hôpital : *Réanimation médicale, Hôpital Abderrahmen Mami, Ariana.*

Introduction : L'endocardite infectieuse (EI) chez le toxicomane revêt un aspect particulier: celui d'une endocardite du cœur droit touchant généralement la valve tricuspide et le staphylococcus aureus étant le germe le plus souvent incriminé.

Dans de très rares cas d'EI chez le toxicomane, on note une localisation sur les autres valves sans colonisation de la valve tricuspide, c'est dans ce cadre que nous rapportant un cas.

Observation : Mr L.D. âgé de 37 ans, aux antécédents d'hépatite C chronique, ischémie aigue du membre supérieur gauche, toxicomanie IV (Subutex) avec notion d'incarcérations à répétition, automutilations, éthylisme chronique et tabagisme, consulte pour une symptomatologie faite d'un syndrome infectieux avec des douleurs basithoraciques et toux productive. Il a été hospitalisé au service de maladies infectieuses pour septicémie à point de départ endovasculaire et a été mis sous Oxacilline/Gentamicine puis relais par Pristinamycine per os. Après 48h d'apyrexie, le patient a été réadmis dans un tableau similaire et le diagnostic d'EI a été retenu devant les images de végétations à l'ETT la valve aortique et des hémocultures positives à staphylococcus aureus méticilline sensible. Le patient a été transféré en réanimation pour sepsis avec détresse respiratoire. ETT/ETO ont été pratiquées montrant la présence de deux végétations (6 et 7 mm) filiformes mobiles sur les deux sigmoïdes aortiques, une insuffisance aortique importante, VG dilaté et HTAP=55 mm Hg. La valve tricuspide était indemne. Un bilan d'extension a été pratiqué et a montré des lésions ischémiques en rapport avec des emboles septique à l'IRM cérébrale, des foyers de condensation pulmonaires bilatéraux et un épanchement pleural, demultiples foyers d'infarcissement rénaux et spléniques avec thrombose iliaque bilatérale à la TDM thoraco-abdomino-pelvienne. Le patient a été mis sous Céfotaxime 4g*3/j + Fosfomycine 4g*3/j, héparine et O2.

Devant l'importance des localisations extra-cardiaques avec persistance de la fièvre, le patient a été opéré avec des suites opératoires simples et sortie à domicile.

Commentaires : L'EI chez le toxicomane se développe généralement sur valve native sans lésion préexistante, avec une prédilection de la valve tricuspide. Des mécanismes physiopathologiques complexes ne sont pas encore parfaitement élucidés mais quelques hypothèses incriminent des lésions dues au type de drogue et substances impures utilisées lors des injections. Inhabituellement, on atteste à une atteinte primitive et élective des valves aortiques et dont le mécanisme est également incompris. Cette localisation inhabituelle, présenterai un pronostic plus sombre comparativement à l'atteinte de la valve tricuspide compte tenu des particularités physiologiques chez le toxicomane, rendant l'efficacité des antibiotiques plus faible et le recours au traitement chirurgical plus fréquent.

Conclusion : La localisation aortique de l'EI chez le toxicomane est rare. Le mécanisme physiopathologique n'est pas encore élucidé et l'échec du traitement médical semble fréquent.

P. 064. Listeriose systemique au cours d'un syndrome des anti-systhetase

Auteurs : M. Lajmi2, Y. Cherif1,2, M. Mrouki1,2, H. Ghazali1,3, F. Ben Dahmen2, M. Abdallah1,2
Service et Hôpital : *1Université Tunis El Manar-Faculté de Médecine de Tunis 2 Service de Médecine Interne, hôpital régional de Ben Arous- Yesminet 3 Service des Urgences, hôpital régional de Ben Arous- Yesminet*

Introduction : L'infection à Listeria monocytogenes est une infection bactérienne grave observée à tout âge. Deux tiers des infections sont rapportées chez des patients immunodéprimés. Nous rapportons une nouvelle observation d'une listériose systémique.

Observation : Patiente âgée de 38 ans suivie depuis 2006 pour un syndrome des anti-synthétases, un syndrome de Sjögren et une cirrhose biliaire primitive a été traitée par corticothérapie à forte dose à plusieurs reprises lors des poussées associée au Méthotrexate en 2010 puis à l'Azathioprine en 2013. Elle a également reçu des Immunoglobulines en 2015 et en 2016 lors d'autres poussées. Un diabète cortico-induit était survenu au décours de son traitement, équilibré sous régime. Elle a été admise dans notre service en Juillet 2016 pour une fièvre évoluant depuis 5 jours, avec altération de l'état général. L'examen physique objectivait une fièvre à 39°, une tachycardie sinusale, une pression artérielle systolique à 130 mmHg, un état de déshydratation, une altération de l'état de conscience avec

un score de Glasgow à 11/15 sans syndrome méningé. L'examen retrouvait une collection axillaire droite fistulisée avec issue de pus et des sécrétions vaginales purulentes et abondantes. Le bilan biologique a révélé une anémie normochrome normocytaire à 9.5 g/dl et un syndrome inflammatoire biologique avec une protéine C réactive à 52 mg/l. La culture du LCR était positive à Liséria Monocytogenes. Les hémocultures ont isolé ce même germe. La patiente a été traitée par ampicilline mais sans amélioration. Elle est décédée au bout de 15 jours.

Conclusion : Notre observation rappelle que l'infection à Liséria Monocytogenes est toujours d'actualité et que son pronostic reste réservé dans les formes invasives chez les sujets immunodéprimés.

P. 065. Quand brucella abîme les valves... when brucellae damages the valves...

Auteurs: W. Amami1, Y. Cherif1,2, M. Mrouki1,2, F. Ben Dahmen1, M. Abdallah1,2

Service et Hôpital : *1-Service de médecine interne, hôpital régional Ben Arous Yesminet. 2-Université Tunis El Manar Faculté de médecine de Tunis.*

Introduction : L'atteinte endocardique au cours de la brucellose a rarement été décrite, cependant son existence fait la gravité de la maladie. Elle peut survenir soit pendant la phase septicémique, soit tardivement. Nous rapportons à ce propos une nouvelle observation.

Observation : Patiente âgée de 81 ans hypertendue, suivie pour fibrillation auriculaire et insuffisance cardiaque a été hospitalisée pour fièvre sudoroalgique, asthénie et polyarthralgies d'installation brutale. La patiente avait des animaux et rapportait la notion de consommation de lait cru. A l'examen, elle était fébrile et avait une sensibilité abdominale diffuse. Il n'y avait pas de souffle à l'auscultation cardiaque. Les hémocultures étaient négatives et la sérologie de Wright positive. L'échographie cardiaque trans-thoracique montrait une végétation de la grande valve mitrale. Il n'y avait pas d'autres locations à la TDM cérébrale et thoraco-abdominale. La patiente a été traitée par Rifampicine, Gentamycine et Cotrimoxazole pendant 15 jours puis Rifampicine, Doxycycline pendant 2 mois. L'évolution initiale était favorable avec apyrexie, disparition du syndrome inflammatoire et diminution de la taille de la végétation, cependant, à 2 mois, le contrôle échographique montrait une nouvelle végétation sur la petite valve. Un traitement chirurgical était indiqué et la patiente était adressée en chirurgie cardio-thoracique.

Conclusion et discussion : L'atteinte valvulaire au cours de la brucellose est rare (2%) mais grave justifiant sa recherche systématique. Le traitement n'est pas codifié et dépend de l'évolution clinique. L'antibiothérapie seule permet rarement d'obtenir une guérison. Un remplacement valvulaire est souvent nécessaire pour obtenir une guérison complète étant donné l'agressivité du germe pourvoyeur d'un délabrement valvulaire important.

P. 066. Pneumopathie communautaire aigue grave : profil microbiologique et facteurs pronostiques

Auteurs : H. Kallel(1), I. Fathallah(1), M.A. Boujelbèn(1), M. Tobich(1), D. Sakis(1), S. Habacha(1), R. Ben Marzouk(2), N. Ben Salah(2), N. Kouraichi(1)

Service et Hôpital : *(1) Hôpital Yasminette de Ben Arous, Service de Réanimation Médicale ; (2) Hôpital Yasminette de Ben Arous, Laboratoire Polyvalent*

Introduction : La pneumopathie aigue communautaire (PAC) est la première étiologie infectieuse d'hospitalisation en milieu de réanimation médicale. Sa sévérité varie d'un patient à un autre en fonctions de plusieurs facteurs dont les scores de gravités à l'admission (PSI, SAPSII, SOFA), la prise en charge initiale et la flore microbienne en cause. Les objectifs de notre travail étaient de décrire le profil épidémiologique et bactériologique de la PAC et de déterminer les facteurs associés à la mortalité.

Matériels et Méthodes : Étude rétrospective, descriptive faite sur une période de 10 mois (octobre 2016 et aout 2017) dans une unité de réanimation de 6 lits. Nous avons inclus tous les malades hospitalisés pour PAC. Le diagnostic de PAC était retenu devant, la présence de signes fonctionnels respiratoires, fièvre et signes radiologiques prouvant l'atteinte parenchymateuse.

Résultats : Durant la période d'étude, 21 patients ont été inclus parmi 58 patients hospitalisés pour détresse respiratoire (36%). La moyenne d'âge était de 67 ±14 ans avec un sexe ratio 4,25. Les antécédents pathologiques étaient dominés par l'hypertension artérielle (n=12) et la bronchopneumopathie chronique obstructive (n=11). Cinq patient (24%) étaient sous oxygénothérapie de longue durée. Le délai médian de consultation était de 6 jours [2.5,8.5]. Les scores de gravité SAPSII et PSI moyens étaient respectivement à 53±23 et 133±39. Le score SOFA médian était de 10 [9,13.5]. À l'admission sept patient étaient en état de choc septique (33%).Le rapport PaO2 /FiO2 médian

était de 216 [166,256], 6 patients étaient en SDRA. La nature des germes qui sont identifiés chez 13 patients (61%) ainsi que le type de prélèvement sont résumé dans le tableau 1. La totalité des bactéries étaient sauvages à part un Streptococcus pneumoniae de sensibilité diminuée à la pénicilline isolé chez un patient aux antécédents d'IRC et de DDB. Une antibiothérapie était initiée aux urgences chez seulement cinq patients. Un support ventilatoire était indiqué chez 20 patients : ventilation mécanique (n =11) et ventilation non invasive (n=9). On a eu recours aux drogues vasoactives chez huit patients (38%). La durée médiane de ventilation mécanique ainsi que la durée de séjour étaient respectivement de 4 jours [1 ; 86] et 12 jours [8 ; 17]. La mortalité était de 24% (n=5). Les scores de gravité SOFA et SAPSII à l'admission étaient les seuls facteurs identifiés associés à la mortalité avec des P respectives à 0.01 et 0.02.

Conclusion : Une documentation microbiologique étaient possible dans 61% des PAC. La gravité du tableau initial était le seul facteur associé à la mortalité dans notre série.

Tableau 1 : Germes identifiés

Germes identifiés	Type de prélèvement	N
Haemophilus influenzae	ECBC	1
	PTP	2
Klebsielle pneumoniae	ECBC	1
Streptococcus pneumoniae	PTP	1
	ECBC	1
Staphylocoque warneri	ECBC	1
Streptococcus pyogene	ECBC	1
Mycoplasma pneumoniae	Sérologie	5
Chlamydia pneumoniae	Sérologie	1
Legionella pneumophilia	Sérologie	1

P. 067. Cathétérisme veineux central et infections.

Auteurs : MW. Mhajba *, Y. Touil, W. A. Trifi, Azaza, F. Daly, R. Nasri, S. Abdellatif, S. Ben Lakhal
Service et Hôpital: *Service de Réanimation Médicale. CHU La Rabta*

Introduction : Les infections liées aux cathéters veineux centraux (ILC) demeurent une cause importante d'infection nosocomiale en réanimation. Ils sont associés à une prolongation de durée de séjour avec un surcoût considérable et une augmentation de la mortalité. Le but de notre étude est d'identifier les facteurs de risque associés aux infections liées aux cathéters.

Matériels et méthodes : C'est une étude prospective réalisée sur une période de 6 mois dans le service de réanimation médicale de l'hôpital la Rabta incluant tous les patients ayant bénéficiés d'une mise en place d'un cathéter veineux central d'une durée > 48 h. Deux groupes des patients étaient individualisés : Groupe présentant une ILC (ILC+ n=57), Groupe sans ILC (ILC- n= 121).

Résultats : Durant cette période de l'étude, 178 cathéters veineux central étaient mis en place dont le taux d'incidence d'ILC était à 14% et la densité d'incidence était de 26.91 pour 1000 j de CVC. Les pathogènes les plus rencontrés dans les ILC étaient principalement Pseudomonas aeruginosa (36%), levures type Candida (28%), Staphylocoque Coagulase Négative (16%), Acinetobacter baumannii (4%) et autres bacilles gram négatif (16%). Les ILC bactériémiques représentent 16%. Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes concernant l'âge, les scores de gravité, le grade de l'opérateur, le nombre de lumière, la voie abordée, le nombre d'essai de ponction, et l'utilisation de l'alimentation parentérale. Cependant, les patients du groupe ILC+ étaient significativement plus obèse (IMC médian à 24, p= 0.009), ont eux une mise en place tardive du CVC (> j5 d'hospitalisation) et une durée plus prolongée du cathétérisme. En analyse multi variée l'obésité et la mise en place du CVC après le cinquième jour d'hospitalisation sont des facteurs prédictif d'ILC avec IC 95%.

Conclusion : L'ILC est une complication susceptible d'aggraver le pronostic initial. Dans notre étude la densité d'incidence est élevée, elle pourrait être amélioré par mise en place d'un protocole de prévention des ILC avec une collaboration active entre le personnel médical et paramédical.

P. 068. Profil bacteriologique des prélèvements urinaires chez les brulés

Auteurs : Z.Bouslah1, Y.Bourbiaa1, S.Abid2, H.Amri2, A.Mokline2, A.Messadi2, L.Thabet*1

Service et Hôpital : *1-Laboratoire de biologie médicale et banque du sang, Centre de Traumatologie et des Grands Brûlés. 2-Service de réanimation des brûlés, Centre de Traumatologie et des Grands Brûlés.*

Introduction: La présence d'une sonde à demeure chez les patients de réanimation augmente le risque d'infection urinaire (IU). Les germes impliqués sont d'une grande disparité avec une résistance élevée aux antibiotiques. Le but de ce travail est de tracer le profil épidémiologique et la résistance aux antibiotiques des principales bactéries pouvant être responsables d'IU chez les brûlés hospitalisés au CTGB durant une période de 5 ans.

Matériel et méthodes: Entre Janvier 2012 et Décembre 2016, 1110 ECBU ont été analysés dont 295 ont été positifs. L'identification bactérienne a été réalisée selon les méthodes conventionnelles et la sensibilité aux antibiotiques a été testée par la méthode de diffusion en milieu gélosé selon les recommandations du CA-SFM 2013 et 2015. L'analyse des données a été effectuée par le logiciel SIR.

Résultats: 295 souches non répétitives ont été isolées dans les urines dont 278 (94,2%) sont des Bacilles à Gram négatif (BGN).Pseudomonas aeruginosa a été la principale espèce isolée (22%), suivi d'Acinetobacter baumannii (16,3%), de Klebsiella pnuemoniae (15,6%) et d'Escerichia coli (12,9%). Parmi les 65 souches de Pseudomonas aeruginosa, 71% ont présenté une résistance à l'imipénème, 74% à l'amikacine et 61% à la ciprofloxacine. Toutefois, la céftazidime a été active dans 71% des cas. Les souches d'Acinetobacter baumannii ont exprimé un taux de résistance élevé à la plupart des antibiotiques testés, notamment l'imipénème (85%), l'amikacine (85%) et la ciprofloxacine (93%). La colistine a été la principale molécule efficace contre ces deux germes (dans 82% et 87,5% des cas respectivement). Les souches de Klebsiella pnuemoniae ont été résistantes aux associations amoxicilline + acide clavulanique (80% des cas) et pipéracilline + tazobactam (65% des cas), avec également un taux de résistance élevé aux céphalosporines de 3ème génération (61% à la céfotaxime et 67% à la céftazidime). La moitié des souches ont été résistantes à la ciprofloxacine. Cependant, l'amikacine, la fosfomycine et l'imipénème ont été efficaces dans 70%, 84% et 93% des cas respectivement. De même, 55% des souches d'Escherichia coli ont été résistantes à l'association amoxicilline + acide clavulanique, et à moindre degré à la céfotaxime, la céftazidime et la ciprofloxacine (30%, 31% et 35% respectivement). Les molécules les plus actives ont été la pipéracilline + tazobactam (81%), l'amikacine (76%) et la fosfomycine (94%). La production de béta-lactamases à spectre étendu a été notée chez 18% des entérobactéries.

Conclusion: 26,5% des prélèvements urinaires pratiqués en service de réanimation des brûlés sont positifs et 94,2% des souches isolées sont des BGN. Les principaux germes identifiés sont Pseudomonas aeruginosa, Acinetobacter baumannii, Klebsiella pnuemoniae et Escerichia coli. La multirésistance de ces germes aux antibiotiques est préoccupante et limite les options thérapeutiques.

P. 069. Médiastinite anterieure secondaire à une ostero-arthrite sterno-claviculaire

Auteurs : Temani K.1,2, Cherif Y.1,2, Ben Dahmen F. 2, Mrouki M.1,2, Abdallah M.1,2

Service et Hôpital : *(1)- Université de Tunis El Manar, Faculté de médecine de Tunis. (2)-Service de médecine interne, hôpital régional de Ben Arous Yesminet.*

Introduction : La médiastinite purulente est une infection grave du médiastin engageant le pronostic vital. Elle est généralement secondaire à une chirurgie cardiaque ou à une perforation œsophagienne. Les étiologies non traumatiques sont dominées par les causes dentaires et les cellulites cervico-faciales. Une médiastinite purulente secondaire à une ostéo-arthrite sterno-claviculaire est exceptionnelle. Nous en rapportons une nouvelle observation.

Observation : Patiente âgée de 52 ans diabétique de type 2 était hospitalisée pour un deuxième épisode de pyélonéphrite aigue à E coli. Elle était traitée par une bithérapie associant la ciprofloxacine à la gentamycine. L'évolution clinque était bonne avec une apyrexie dès le 3ème jour. Cependant, le bilan biologique montrait la persistance du syndrome inflammatoire biologique et de l'hyperleucocytose à prédominance neutrophile. La recherche d'un autre foyer infectieux était négative. Au 6ème jour d'hospitalisation, l'examen notait l'apparition d'une tuméfaction en regard de l'articulation sterno-claviculaire gauche. La radiographie thoracique objectivait un épanchement pleural de grande abondance et une disparition de la vascularisation parenchymateuse apicale gauche. A la ponction pleurale, le liquide était purulent avec 530000 éléments blancs. L'échographie de la tuméfaction thoracique montrait une collection de 20 mm de grand axe en cours d'abcédation. La tomodensitométrie thoracique montrait un épanchement pleural liquidien gauche de grande abondance enkysté et une médiastinite antérieure. Le diagnostic de médiatinite antérieure secondaire à une

ostéo-arthrite sterno-claviculaire était retenu. La patiente était transférée au service de chirurgie thoracique où une résection de l'articulation sterno-claviculaire, un drainage et une toilette pleurale ont été réalisés. L'examen bactériologique a montré la présence de streptocoque agalacticae et de streptocoque ; hémolytique. La patiente a été traitée par une antibiothérapie adaptée à l'antibiogramme avec une bonne évolution clinique et biologique. Le recul actuel est de 2 mois.

Discussion et conclusion: L'arthrite septique sterno-claviculaire est rarement décrite dans la littérature. Elle peut s'accompagner d'un abcès locorégional, d'une ostéite ou se compliquer par une médiastinite. Comme dans notre observation, le tableau peut être trompeur et les germes en cause peuvent être multi résistants. L'absence de porte d'entrée et la rareté de cette localisation font la particularité de notre observation.

P. 070. Vers une optimisation du cathétérisme veineux central dans un service de Réanimation Médicale.

Auteurs : MW. Mhajba*, Y. Touil, A. Trifi, MS. Amri, R. Nasri, F. Daly, S. Abdellatif, S. Ben Lakhal.
Service et Hôpital : *Service de Réanimation Médicale. CHU La Rabta*

Introduction : Le cathétérisme veineux central (CVC) est devenu un geste banal en réanimation. Néanmoins la fréquence des complications qu'il peut engendrer impose une évaluation des indications. L'objectif de ce travail est de rapporter les indications de pose et les complications rencontrées.

Méthodes : Etude prospective entre Mars 2017 et juillet 2017, incluant les patients ayant bénéficié d'une mise en place d'un CVC. Selon le type d'indication : formelle ou discutable. Nous avons étudié les voies abordées, la durée du cathétérisme, le taux de complications immédiates (ponction artérielle, hématome sous-cutané, échec de la pose avec changement de voie et un trajet aberrant) ou tardives (ILC et thrombose sur cathéter).

Résultats : Sept indications de pose étaient recueillies et réparties en deux groupes:

- Indications formelles. (107 CVC soit 60.11%) regroupent l'administration de catécholamines (46 cas), la perfusion des produits irritants (57 cas) et l'instauration d'une épuration extra-rénale (06).
- Indications discutables. (71 CVC soit 39.89%) comportent un abord prévu pour une longue durée (38), l'impossibilité de prise d'une VVP (17), une alimentation parentérale (08) et le remplissage ou la transfusion rapide (06).

178 cathéters veineux étaient mis en place chez 49 patients. Le site fémoral était le plus fréquemment utilisé (60%) suivi par la voie sous clavière (23%). La voie jugulaire interne était la moins abordée (17%). Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes concernant l'âge, le sexe, les scores de gravité et le nombre de tentatives. Cependant la durée du cathétérisme était plus courte dans le groupe indication formelle avec une médiane de 4 jours (4-6) versus 5 jours (4-8) dans le groupe indication discutable (p=0.001). Les complications immédiates et tardives (ILC et thrombose sur cathéter) étaient moins notées dans le groupe des indications formelles.

Conclusion : Notre étude suggère que pour le groupe des indications discutables, la pose des CVC est associée à une augmentation des taux des complications, bien que la différence n'est pas statistiquement significative. Cceci devrait nous inciter à établir une véritable évaluation du rapport bénéfice/risque du geste.Une étude plus large est nécessaire pour confirmer ces résultats.

P. 071. Etat actuel de la résistance aux antibiotiques des principales bacteries gram negatif isolées chez le brulé

Auteurs : Z.Bouslah1, Y.Bourbiaa1, A.Laajili2, A.Khaled2, I.Rahmeni2, A.Messadi2, L.Thabet*1
Service et Hôpital : *1-Laboratoire de biologie médicale et banque du sang, Centre de Traumatologie et des Grands Brûlés. 2-Service de réanimation des brûlés, Centre de Traumatologie et des Grands Brûlés.*

Introduction: Les infections à Bacilles à Gram négatifs (BGN) en réanimation sont souvent associées à des complications sévères (bactériémie, sepsis grave, choc septique) à cause de caractère multi-résistant de ces germes. Ce travail a été élaboré afin d'établir les caractéristiques épidémiologiques et l'évolution de la résistance aux antibiotiques des BGN chez les patients brûlés hospitalisés au CTGB entre Janvier 2012 et Décembre 2016.

Matériel et méthodes: Durant la période d'étude, 3230 souches non répétitives ont été isolées à partir de différents prélèvements à visée diagnostique. L'identification bactérienne a été réalisée selon les méthodes conventionnelles, l'étude de la sensibilité aux antibiotiques a été pratiquée selon la méthode de diffusion en milieu gélosé et l'interprétation des résultats a été faite selon les recommandations du CA-SFM 2013 et 2015. L'analyse des données a été effectuée par le logiciel SIR.

Résultats: Les 3230 souches étudiées ont été essentiellement collectées à partir d'hémocultures (32,4%), de prélèvements cutanés (24,4%) et de cathéters veineux (14,5%). Les principales espèces isolées ont été Pseudomonas aeruginosa (22%), Acinetobacter baumannii (17,9%) et Klebsiella pneumoniae (16,8%). Pseudomonas aeruginosa sévit selon un mode endémique avec une augmentation constante de sa fréquence d'isolement pour atteindre 26% en 2016 contre 15,6% en 2012. Sa résistance à l'imipénème n'a cessé de croître allant de 46% en 2012 à 73% en 2015 et 84% en 2016. Le caractère multi-résistant d'Acinetobacter baumannii est de plus en plus menaçant avec des taux de résistance globaux de 79% à la ceftazidime, 90% à la ciprofloxacine, 89% à l'amikacine et 95% à l'imipénème. La colistine a été active sur 100% des souches en 2012. Des souches d'Acinetobacter baumannii résistantes à cette molécule sont apparues, représentant 4% en 2013, 6% en 2014 et 5% en 2016. Klebsiella pneumoniae a exprimé une résistance croissante aux céphalosporines de 3ème génération avec des taux de résistance à la céftazidime allant de 66% en 2012 jusqu'à 87% en 2016. Il en est de même pour la résistance à l'imipénème qui est passée de 12% en 2012 à 21% en 2016. Les souches productrices de béta–lactamases à spectre étendu ont représentées 25%, 34% et 28% de l'ensemble des souches isolées, respectivement en 2012, 2013 et 2016.

Conclusion: Les principales souches de BGN isolées chez les brûlés sont Pseudomonas aeruginosa (22%), Acinetobacter baumannii (17,9%) et Klebsiella pneumoniae (16,8%). L'étude de la sensibilité aux antibiotiques durant ces 5 dernières années montre une augmentation des résistances, notamment aux carbapénèmes. La résistance d'Acinetobacter baumannii à la colistine pose un problème d'impasse thérapeutique.

P. 072. Méningo-encephalite révélatrice d'un Neuro-Behcet

Auteurs : Rachdi E, Trifi A, Azaza W, Daly F, Nasri R, Abdellatif S, Ben Lakhel S
Service et Hôpital : *Service de Réanimation médicale, Hôpital La Rabta*

Introduction : L'atteinte neurologique au cours de la Maladie de Behcet représente 20 à 30% des cas avec un important polymorphisme clinique. Elle peut mimer la méningoencéphalite dans certains cas, mais rares sont les cas de Neuro-behcet révélés par méningoencéphalite bactérienne. On rapporte le cas de Neuro-behcet révélé par une méningoencéphalite bactérienne.

Observation : Il s'agit d'un patient âgé de 20 ans, sous Dépakine pour un syndrome dépressif, consulte les urgences pour un syndrome confusionnel fébrile d'installation aigue associé à une sono-photophobie et un syndrome méningé. Une TDM cérébrale avec injection de produit de contraste trouve un défect endoluminal du sinus sagittal supérieur. La ponction lombaire a objectivé un liquide trouble, une pléocytose, une hypoglycorrachie et une hyperprotéinorrachie. Le diagnostic d'une méningite bactérienne compliquée d'une thrombophlébite cérébrale a été retenu et le patient a été mis sous antibiothérapie, corticothérapie et anticoagulation curative. L'évolution était favorable avec défervescence thermique. Cependant, il a présenté des convulsions tonicocloniques généralisées justifiant sa mise sous anticonvulsivants. Un complément de TDM cérébrale a été fait montrant l'extension de la thrombose du sinus sagittal supérieur et apparition d'une thrombose jugulaire interne. Ainsi le diagnostic de Neuro-Behcet a été retenu devant une thrombophlébite cérébrale mutlifocale chez un jeune ayant une aphtose bipolaire et une hypersensiblité aux points d'injection. Par ailleurs, le bilan lésionnel était négatif mis à part un épisode de gastro-entérite. On a complété par un bilan de thrombophilie, ainsi que le bilan du Syndrome des Ac Antiphospholipides revenus négatifs. Le jeune patient était mis, alors, sous corticothérapie à raison de 1mg/kg/j (avec traitement adjuvent) et colchicine à distance de l'épisode de gastro-enterite.

Conclusion : La thrombophlébite cérébrale est une entité peu fréquente, plurifactorielle qui peut accompagner un processus infectieux cérébral. Cependant sa survenue et son extension chez un sujet jeune doit pousser l'enquête étiologique.

P. 073. Une tuberculose cutanée isolée révélée par un erythème noueux

Auteurs : R.Amri(1), Ch.Ben Salah*(2), H.Sahli(1), W.Garbouj(1), I.Ben Ahmed(1), H.Tounsi(1), S.El Aoud(1), J.Ouali(3), R.Jazi(3).
Service et Hôpital : *(1) Service de Médecine Interne – HMTM – Nabeul – Tunisie. (2) Service des urgences-– HMTM – Nabeul – Tunisie. (3) Service de Dialyse – HMTM – Nabeul – Tunisie.*

Introduction : Dans les pays d'endémie tuberculeuse, l'atteinte cutanée est estimée à 1% des tuberculoses. Nous rapportons un cas de tuberculose de localisation cutanée isolée.

Observation : Patiente âgée de 62 ans, aux antécédents de dilatation des branches et des troubles fonctionnels de l'intestin, suivie pour un érythème noueux atypique récidivant depuis 2010. La patiente n'a pas d'antécédents de contage

tuberculeux et ne présentait aucun signe fonctionnel accompagnateur. Le bilan étiologique ne montre pas de SIB, le bilan phosphocalcique, l'enzyme de conversion et les ASLO sont normaux, le bilan immunologique, les sérologies : syphilitique, hépatique et yersinia sont négatives. L'IDR est fortement positive mais la recherche de BK est négative. La TDM thoracique montre une DDB localisée sans atteinte interstitielle. La biopsie des glandes salivaires accessoires montre une sialadénite chronique non spécifique (grade 2 de Chisholm et Masson). Une première biopsie des nouures sous cutanée montre un léger infiltrat inflammatoire périvasculaire sans atteinte de la paroi vasculaire, associé à quelques amas de cellules épithélioïdes. Une deuxième biopsie montre cette fois des lésions granulomateuses tuberculoïdes avec nécrose évoquant une tuberculose cutanée. Nous avons complété par le quantiféron qui est revenu fortement positif. La recherche d'autre localisation est négative. Le traitement anti tuberculeux est entamé avec une bonne évolution clinique (recul de 2 ans).

Commentaires : Le caractère paucibacillaire des tuberculoses secondaires cutanées rend compte des difficultés d'isolement du BK. Chez notre patiente, nous avons pensé cliniquement à la tuberculose en raison de la présence de cette maladie en état d'endémie dans notre pays et l'examen histologique confirmant le diagnostic. L'histologie est un moyen efficace de diagnostic, comme ça l'était dans notre cas. La décision de traiter résulte donc d'un faisceau d'arguments (antécédents, IDR, histologie, autre foyer tuberculeux) corrélés à une conviction clinique. Le traitement est identique à celui de la tuberculose pulmonaire.

Conclusion : Devant des lésions d'érythème noueux récidivantes ou devant toute granulomatose cutanée chronique sans étiologie évidente, il faut savoir évoquer le diagnostic de tuberculose même en l'absence d'autres localisations viscérales.

P. 074. Polymyosite et hépatite virale C : Difficulte thérapeutique

Auteurs : R.Amri(1), Ch.Ben Salah*(2), H.Sahli(1), W.Garbouj(1), I.Ben Ahmed(1), H.Tounsi(1), S.El Aoud(1), J.Ouali(3), R.Jazi(3).

Service et Hôpital : *(1) Service de Médecine Interne – HMTM – Nabeul – Tunisie.*
(2) Service des urgences-– HMTM – Nabeul – Tunisie.
(3) Service de Dialyse – HMTM – Nabeul – Tunisie.

Introduction : La maladie d'Erdheim-Chester (MEC) est une hystiocytose non langerhansienne rare et acquise de l'adulte. Elle se caractérise par des manifestations systémiques très hétérogènes ; Les plus fréquentes sont l'atteinte osseuse et l'atteinte urologique avec un tableau de pseudofibrose rétropéritonéale. Nous rapportons le cas d'une MEC avec atteinte multisystémique découverte devant une ostéocondensation diffuse.

Observation : Patiente âgée de 54 ans admise pour exploration d'une HTA et un syndrome oedémateux généralisé d'installation progressive. Le blain biologique a révélé une insuffisance rénale, une dyslipidemie sévère et une cholestase hépatique. La tomodensitométrie abdominopelvienne a mis en évidence un aspect ostéocondensé diffus de squelette osseux qui a fait suspecter le diagnostic MEC.

Par ailleurs, on a mis en évidence une dilatation pyélocalicielle bilatérale avec un aspect de reins « chevelus. La patiente a été drainée par deux sondes urétrales doubles J. Le diagnostic de MEC a été confirmé par la biopsie de l'infiltration péri rénale .L'étude immuno-histochimique a mis en évidence des histiocytes positifs au marquage CD68. Le bilan de la maladie a également mis en évidence une atteinte pulmonaire, cardiaque hépatoslénique et endocrinienne. L'évolution a été malheureusement rapidement fatale suite à un trouble électrolytique sévère.

Discussion : La MEC est rare, jusqu'à 2017 plus de 500 cas ont été publiés dans la littérature. Elle résulte d'une infiltration xanthogranulomateuse constituée d'histiocytes spumeux. Elle se distingue de l'histiocytose langerhansienne par des histiocytes qui expriment à l'immuno-histochimie le CD68 mais sont négatifs pour le CD1a. Le diagnostic de la MEC est porté sur l'association de critères anatomopathologiques et cliniques avec des manifestations systémiques très hétérogènes. Les atteintes urologique et osseuse sont les manifestations les plus fréquentes. Les autres manifestations, plus rares, font toute la gravité de la maladie notamment l'atteinte cardiovasculaire ou neurologique centrale.

Conclusion : La MEC est une maladie sévère avec un mauvais pronostic spontané, le traitement est encore mal codifié. D'où l'intérêt d'un diagnostic précoce notamment des atteintes les plus fréquentes osseuses et urinaires.

P. 075. Les infections nosocomiales: expérience d'un nouveau service de soins intensifs

Auteurs : Sakis D.1, Fath Allah I.1, Ben Abderahim A.1, Habacha S.1, Tobich M.1, Boujelben M.1, Kallel H.1, Ben Marzouk R.2, Ben Saleh N.2, Kouraichi N. 1

Service et Hôpital : *1) Service de réanimation médicale de l'hôpital régional de Ben Arous 2) Laboratoire polyvalent de l'hôpital régional de Ben Arous*

Introduction : Les infections nosocomiales (IN) à germes multi-résistants en milieu de réanimation sont en croissance continue. Le but de notre étude était de déterminer la fréquence des différentes IN et d'identifier les principaux germes incriminés.

Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective descriptive dans un service de réanimation médicale sur une période de 11 mois allant du 17 octobre 2016 au 14 août 2017. Ont été inclus tous les patients admis pendant une durée ≥ 48h. Toutes les chambres étaient individuelles. Des mesures de prévention des IN étaient mises en œuvre.

Résultats : Nous avons colligés 98 patients, la médiane d'âge était de 55 ans [6-90]. L'IGSII moyen était de 38 ± 2. Le sexe ratio H/F était de 2,1. La détresse respiratoire était le motif d'hospitalisation le plus fréquent (54,1%). Trente et un patients ont présenté au moins une IN dont 14 ont présenté deux épisodes ou plus. Le nombre total d'épisodes était de 63. Les pneumopathies acquises sous ventilation mécanique (PAVM) et les infections liés aux cathéters (ILC) étaient prédominantes avec des taux respectifs de 42,8% et de 30%. L'incidence des PAVM était de 38,7%, celle des ILC était de 26%. En termes de densité d'incidence, il y a eu 38,2 PAVM/1000 jours de ventilation et 17,9 d'ILC/1000 jours-cathéter. Seule la bronchopneumopathie chronique obstructive est apparue comme un facteur de risque lié au développement des IN avec un Odds ratio à 1,75, IC 95% [1,03 ; 2,96] (p=0,04). Les germes les plus fréquemment incriminés étaient les entérobactéries (34,5%), l'Acinetobacter baumanii (17,85%), lePseudomonas aeruginosa (15,5%), suivis par les Candida spp (15,5%). Le profil de résistance des germes isolés et leur répartition selon la porte d'entrée a été résumé dans le tableau 1. La durée médiane d'hospitalisation était de 9 jours [5-16]. L'évolution était favorable dans 59% des épisodes. Quinze décès ont été enregistrés au décours des épisodes nosocomiaux

PROFILS DE RÉSISTANCE DES GERMES ISOLÉS

Profil de résistance / Porte d'entrée	BLSE	Carbapénèmase	Multisensible	TOTAL
PAVM	6	10	5	21
ILC	4	8	2	14
Infection urinaire	6	1	1	8
Bactériémie	0	2	4	6
Infection cutanée	1	4	1	6
Total	17	25	13	55

Conclusion : En dépit des différentes mesures de prévention suivies dans notre service, la densité d'incidence des infections nosocomiales est apparue élevée. Certaines insuffisances ont été notées. Des efforts supplémentaires sont nécessaires pour lutter contre ce fléau.

P. 076. Sépticemie à Salmonella sans symptomatologie digestive : A propos d'un cas

Auteurs : F.Bouhawala*, I.Sedghiani, G.ben Amor, S.Belaiba, I.Zaghdoudi, YZ.Elhechmi, Z. Jerbi

Service et Hôpital : *Service des urgences réanimation, Hopital Habib Thameur de Tunis*

Introduction: La salmonellose est une infection à porte d'entrée digestive suite à une contamination par de l'eau ou des aliments. Elle peut avoir 3 tableaux différents : une gastroentérite isolée ou associée à un sepsis ou une bactériémie avec un foyer septique (arthrite, ostéomyélite, méningite). Les lésions hématologiques peuvent y être associées. Nous rapportons le cas d'une patiente hospitalisée pour sepsis à Salmonella sans aucune symptomatologie digestive.

Observation: Il s'agissait d'une patiente de 79 ans aux antécédents de remplacement mitral et d'arythmie cardiaque qui est acheminée aux urgences par sa famille pour confusion sans fièvre associée. L'examen initial trouvait une patiente stable sur le plan hémodynamique et polypnéique à 20 cycles /minute avec des crépitants aux bases pulmonaires. L'examen neurologique trouve une patiente confuse sans raideur méningée ni de signes de localisation. Par ailleurs, l'interrogatoire ne relève pas de notion de diarrhée. La biologie a révélé une hyperleucocytose à 23230 éléments/mm3, une CRP=236 mg/L, une thrombopénie profonde à 9000/mm3 (confirmée sur frottis sanguin), une insuffisance rénale (urée=68.7 mmol/L, Créatininémie= 268 µmol/L), une élévation des CPK=1080 UI/L et LDH= 554

UI/L et des lactates à 2.6 mmoL/L. Le bilan hépatique et pancréatique étaient normaux. Le scanner cérébral était sans anomalies. Le diagnostic évoqué était une endocardite infectieuse et la conduite à tenir était une hydratation de la patiente et un prélèvement d'hémocultures avant de démarrer une antibiothérapie à base de céfotaxime. L'évolution était marquée par une aggravation rapide sur le plan hémodynamique avec survenue d'un état de choc septique réfractaire et du décès de la patiente à J2. Les hémocultures étaient positives à Salmonella spp en post mortem.

Conclusion: Bien que la symptomatologie était trompeuse, la salmonelle peut donner un tableau grave avec défaillance d'organe justifiant une antibiothérapie précoce qui a pu sauver la patiente.

P. 077. Characteristics of HIV-Infected patients admitted to a Tunisian intensive care unit (ICU)

Auteurs: I.Ben Saida1, S.Kortli1, D.Slama1, N.Sma1, N.Fraj1, E. Ennouri1, W.Zarrougui1, A. Azouzi1, M. Boussarsar1,2

Service et Hôpital: *1Farhat Hached University Hospital, Medical Intensive Care Unit, Sousse, Tunisia, 2Ibn Al Jazzar Faculty of Medicine, Research Laboratory N° LR14ES05 Interactions of the Cardiopulmonary System, Sousse, Tunisia*

Background: Although access to highly active antiretroviral therapy (HAART) has prolonged survival and improved quality of life, HIV-infected patients with severe immunosuppression or comorbidities may develop complications that require critical care support. There are limited data regarding Tunisian HIV infected patients requiring ICU admission. Objective: To assess outcomes of HIV-infected patients admitted to intensive care unit (ICU) and to identify prognostic factors.

Methods: This is a retrospective study of HIV-infected adults admitted to a Tunisian medical ICU between January 1999 and September 2017. Information was collected on patient demographics, reason for ICU admission and hospital course. Factors associated with hospital mortality were analyzed.

Results: During the 18 years study period, there were 17 ICU admissions for 15 HIV infected patients. 9 patients (60%) were male. The mean age was 37,07±8 years. Acute Respiratory failure was the most common reason of admission 9 (60%), followed by severe neurological disease (41.2%). Sexual contact was the main risk factor for HIV transmission (47.1%). 4 patients (26.7%) were newly diagnosed as having HIV infection on admission. HIV diagnosis was made more than 5 years before ICU admission for 5 patients (33.3%) and less than 6 months for 3 patients (20%). Only 4 patients were receiving HAART (23.5%). The median CD4 lymphocyte count that was available for 9 patients was 28cells/mm3 [5- 242 cells/mm3]. The majority of ICU admissions in this HIV-infected cohort were due to opportunistic infections (64.7%) and community-acquired pneumonia (23.5%). Pneumocystis jirovecii pneumonia was confirmed in 6 patients (35.3%), toxoplasmosis in 3 patients (17.6%), cytomegalovirus (CMV) reactivation in one patients, tuberculosis in another patient and no pathogen were identified in 6 patients. The mean SAPS II score in the first 24 h of the ICU admission was 42.07±16.89. 12 patients (70.6%) needed mechanical ventilator support, 8 patients (47.1%) needed vasopressors for more than 24 hours after admission to ICU. The median duration of mechanical ventilation was 5 [2-21]. The median duration of the ICU stay was 5 [2–30] days. The in-ICU mortality in this small group was 70.6%. Septic shock was the leading cause of ICU death (41.17%). In univariate analysis, only the use of vasopressor agents was significantly associated with ICU mortality (p=0.045).

Conclusions: In conclusion, we found a high mortality rate of HIV infected patients in our study. Larger prospective studies are needed to examine the prognostic factors of HIV infected patients requiring ICU. The present study demonstrated the poor prognosis in HIV infected patient admitted to ICU. Vasopressor agents revealed to be associated to ICU mortalities.

P. 078. Les bactériémies chez les brûlés : Facteurs de risque et incidence pronostic: Facteurs de risque et incidence pronostic

Auteurs : H. Amri ; L. Ben Gharsallah ; A. Laajili ; A. Khaled ; I. Rahmani ; A. Mokline; AA.Messadi

Service et Hôpital : *Centre de traumatologie et des grands brûlés, Service de réanimation des brûlés*

Introduction : L'infection nosocomiale, particulièrement la bactériémie, est une cause majeure de morbi-mortalité. La mortalité chez les patients bactériémiques été de 30% [1].

Méthodes : Etude rétrospective menée au service de réanimation des brûlés de Ben Arous sur une période de 1 an allant du 1er Janvier au 31 décembre 2016.

Tous les patients brûlés ayant présenté une ou plusieurs hémocultures positives, quel que soit le germe, ont été inclus. Les données démographiques des patients, les espèces et le nombre d'épisodes infectieux ont été recueillies. Nous nous intéresserons à identifier les facteurs de risque de survenue d'une bactériémie.

Résultats : Durant la période d'étude, 323 patients ont été admis, dont 35 (11%) ont présenté 39 bactériémies. L'âge moyen de ces patients était de 40 ± 17 ans, et la surface cutanée brûlée moyenne était de 38 ± 20%. Ces bactériémies étaient mono-microbiennes dans 54% des cas. Les bacilles Gram-négatif (BGN) représentent 80% des isolats : pseudomonas aeruginosa (30%), acinetobacter baumannii (15%), klebsiella pneumoniae (15%) et Staphylococcus aureus (15%). Le délai moyen de survenue de bactériémie par rapport à l'admission était de 7 jours avec des extrêmes allant de 2 à 26 jours. La durée de séjour en réanimation des patients était de 24 ± 19 jours. L'analyse statistique multivariée a permis d'identifier des facteurs de risque associés à la survenue d'une bactériémie : Le nombre de cathétérisme > 2 (p=0,008). La durée de cathétérisme > 13 jours (p=0,014). Aucun autre facteur de risque n'a été significativement associé à la survenue d'une bactériémie notamment l'âge et les scores pronostics. La mortalité était de 43% et elle était corrélée à l'étendue de la brûlure (p<0.01) et à sa profondeur (UBS moyen = 123 ± 78 chez les patients décédés suite à une bactériémie).

Conclusion : Les bactériémies nosocomiales chez le brûlé demeurent fréquentes (11%) et sont associées à une mortalité élevée (43%). Le renforcement des mesures d'hygiène peut aider à réduire les risques d'infections liées aux soins.

References :

1- Chong SJ, Ahmed S, Tay JM, Song C, Tan TT. 5 year analysis of bacteriology culture in a tropical burns ICU. Burns. 2011;37;1349–1353

P. 079. Clinical presentation and outcome of patients with tuberculosis requiring intensive care unit admission

Auteurs: I.Ben Saida1, D.Slama1, S.Kortli1, N.Sma1, N.Frej1, E.Ennouri1, W.Zarrouki1, A.Zelfani1, M.Boussarsar1,2

Service et Hôpital: *1Farhat Hached University Hospital, Medical Intensive Care Unit, Sousse, Tunisia, 2Ibn Al Jazzar Faculty of Medicine, Research Laboratory N° LR14ES05 Interactions of the Cardiopulmonary System, Sousse, Tunisia*

Background: Worldwide tuberculosis remains a major public health issue despite available effective therapies. Data regarding tuberculosis in the ICU are scarce. Objective: This study aimed to describe and determine the mortality rate and associated risk factors in tuberculosis patients requiring intensive care unit admission.

Methods: A retrospective study was conducted during the period between January 1996 and September 2017 on tuberculosis patients admitted to the ICU. Data were collected retrospectively from medical records including demographic, clinical, and therapeutics characteristics as well as outcome. A multivariate analysis was performed to identify risk factors for death.

Results: A total of 30 patients were included. The mean age was 50.8 ± 20.5 years, and 58.1% were males. Eight (25.8%) patients had prior tuberculosis. Reasons for ICU admission were acute respiratory failure 13 (41.9%) severe sepsis 3(9.7%) and altered consciousness 14(45.2%). Diagnoses included: pulmonary tuberculosis, 15(48.4%); 6(19.4%) extrapulmonary tuberculosis, 9(29%) extrapulmonary tuberculosis with pulmonary involvement. Extrapulmonary involvement included meningitis, 11(73.3%); pleural disease, 1(6.6%); others sites, 3(20%). Cerebral imaging revealed hydrocephalus in 5(16.1%) patients and cerebral oedema in 3(9.7%) patients. Management included mechanical ventilation in 80.6% with median duration of six days [1-30], vasopressors (48.4%) and corticosteroids (22.6%). The overall median ICU length of stay was 6 days [1-42]. Infectious complications occurred in 8(26.6%) patients consisting in nosocomial pneumonia 4(12.9%), central line blood-stream infections 3(9.7%) urinary tract infection in 1(3.2%) patient. Acute renal failure occurred in 7(22.6%) patients. Multiorgan dysfunction occurred in 8(25.8%) patients. The ICU morality rate was 64.5%. Univariate analysis of fatal outcome were SAPSII (p=0.008), Mechanical ventilation (p=0.031), vasopressor use (p=0.002) and multiorgan dysfunction (p=0.029).Using a logistic regression model, the only independent factor associated with mortality was vasopressor use (OR, 21 ; 95%CI, [2.15- 204.6] ; p=0.009).

Conclusion: The present study found a very high mortality rate among tuberculosis patients requiring ICU admission. Vasopressors use was identified as the sole independent mortality associated factor.

P. 080. Réactivation du cmv chez des patients immunocompétents en milieu de réanimation : à propos de deux cas.

Auteurs : A.Abidi*, A.Mbarek, F.Bouhaouala, M.Tobich, S.Sellami, I.Fathallah, N.Kouraichi
Service et Hôpital : *Service de réanimation médicale, hôpital régional de Ben Arous*

Introduction : L'infection au cytomégalovirus (CMV) est rare chez des patients immunocompétents. La réactivation du (CMV) est fréquente au cours du sepsis et l'inflammation, qui sont souvent présents en milieu de réanimation. Nous rapportons deux cas de réactivation de (CMV) chez deux patients immunocompétents hospitalisés en unité de soins intensifs.

1ère observation : Patient âgé de 54 ans hypertendu, diabétique et bronchitique chronique, hospitalisé pour prise en charge d'un syndrome coronarien aigu compliqué d'(OAP) ayant bien évolué sous traitement anti-ischémique et ventilation non invasive. L'évolution a été marquée par l'apparition à J12 d'une détresse respiratoire, une hémoptysie et une lymphopénie (180 elt/mm3) nécessitant le recours à une ventilation mécanique. Devant la gravité du tableau la forte suspicion d'une origine immunologique, la négativité des sérologies virales à l'admission (EBV (-), CMV: IgM (-), IgG(+), HIV(-)) et du bilan infectieux, le patient a été mis sous corticoïdes. Une fibroscopie bronchique a été réalisée, objectivant une hémorragie intra-alvéolaire avec un score de GOLDE à 240. Devant la positivité de la (PCR) au (CMV) dans le sang, dans le liquide bronchique et la séroconversion de la sérologie sanguine au (CMV) à IgM, le diagnostic de réactivation (CMV) a été retenu. Le patient a été mis sous Cimevene® pendant 15 jours avec bonne évolution.

2ème observation : Patient âgé de 75 ans, tabagique à 120PA, bronchitique chronique, hypertendu opéré pour tumeur urothéliale droite, admis pour prise en charge d'une pneumopathie communautaire grave compliquée d'état de choc septique avec une bonne évolution sous noradrénaline, antibiothérapie et ventilation mécanique (VM), sevrage des catécholamines à J3 et extubation à J9. À J10 le patient a présenté une pneumopathie acquise sous ventilation mécanique à Pseudomonas aeruginosa compliquée d'état de choc septique nécessitant la réintubation, la réintroduction de la noradrénaline et la mise sous Tiénam-Coli. Devant la difficulté de sevrage ventilatoire mécanique, une sérologie (CMV) a été demandée, revenue positive à IgM et à IgG. Le patient a été mis sous traitement antiviral. L'évolution était défavorable et le patient est décédé à J19.

Conclusion : La réactivation (CMV) chez les patients immunocompétents soumis au stress en milieu de réanimation doit être recherchée devant des difficultés de sevrage de la VM ou l'aggravation secondaire de l'état respiratoire.

P. 081. Etude déscriptive des méningoencephalites infectieuses en milieu de Réanimation : A propos de 43 cas

Auteurs : R.Ammar, S.Bradi*, M.Dlala, O.Turki, M.Hammami, M.Jmal, M.Bahloul, CH.Benhamida, H.Chelly. K.Chtara, M.bouaziz
Service et Hôpital : *CHU Habib bourguiba, Service de réanimation polyvalente*

Introduction : Les méningo-encéphalites infectieuses représentent une urgence diagnostic et thérapeutique. Plusieurs germes peuvent être en cause. Tout retard peut engager le pronostic.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude rétrospective allant de la période de décembre 2011 au juin 2017 faite au service de réanimation polyvalente du CHU HABIB BOURGUIBA de Sfax. Quarante trois cas de méningo-encéphalite infectieuse ont été inclus.

Résultat : Notre échantillon comporte 43 patients réparti en 22 femmes et 21 hommes. L'âge moyen été de 21,3 ans avec un minimum de 1 ans et un maximum de 61 ans et une médiane de 19 ans. La moyenne du score de SAPSII à l'admission calculé chez 22 patients été de 28 avec une médiane de 28, un maximum de 14 et un minimum de 50. La moyenne de score de PRISM calculé à l'admission chez 21 patiente été de 22 avec un minimum de 2 et un maximum de 30 et une médiane de 13 ans. La moyenne du score de SOFA calculé à l'admission été de 8,7 avec une médiane de 8, un minimum de 2 et un maximum de 18. Le pourcentage des germes documenté été :HSV(2cas), rubéole(9cas), méningocoque (5 cas), pneumocoque(7cas), tuberculose(7cas), pas de germe documenté dans 13 cas. La durée d'hospitalisation été en moyenne de 7,3 avec un minimum de 1 et un maximum de 33. Quatorze patients sont décédés (27,5%). Les trente sept patients sont sortis vivant à domicile (72,5%).

P. 082. La réaction leucemoide en Réanimation

Auteurs : N.Guizani*(1), O.Beji(1), R.Atig(1), D.Ben Braiek(1), G.Sboui(1), C.Bouhamed(2), H.Hmouda(1)
Service et Hôpital : *(1) Service de réanimation médicale du CHU Sahloul Sousse (2) Service des urgences de l'hôpital Ibn El Jazzar Kairouan*

Introduction : La réaction leucémoïde est caractérisée par une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles supérieurs à 50 G/L avec la présence de formes immatures. En réanimation, elle a été décrite au cours des infections sévères, des polytraumatismes, avec certains médicaments tels les corticoïdes et également dans les hémorragies sévères. La complication majeure est la survenue d'une leucostase qui constitue un facteur aggravant de la maladie sous-jacente. Nous rapportons une observation illustrant la problématique.

Observation : Mme ML âgée de 29 ans, asthmatique depuis le jeune âge, mal suivie, est admise en réanimation pour asthme aigue grave avec recours à la ventilation invasive en plus d'une corticothérapie à forte dose et d'un traitement bronchodilatateur. A J5 d'hospitalisation, elle a développé une pneumopathie liée aux soins compliquée d'un SDRA traitée par une antibiothérapie à large spectre permettant une certaine amélioration des échanges gazeux ainsi que de la mécanique respiratoire. A J8, elle a présenté brutalement une hypoxémie sévère concomitante à une élévation importante des globules blancs allant jusqu' à 90 000 éléments /mm3. Cette hypoxémie était réfractaire à tous les moyens thérapeutiques notamment le décubitus ventral, les manœuvres de recrutement ainsi qu'au monoxyde d'azote inhalé. Une cause infectieuse L'hypothèse de la leucostase pulmonaire reste très plausible devant ce tableau clinique après avoir éliminé les causes usuelles (sepsis, barotraumatisme, embolie pulmonaire).

Commentaires : Les maladies infectieuses entraînent souvent une augmentation du nombre de polynucléaires neutrophiles matures et immatures circulants. L'amplification de ce phénomène peut provoquer une libération d'un nombre élevé de GB immatures dans la circulation appelée « réaction leucémoïde ». La complication la plus redoutable est la leucostase ou syndrome leucostatique que désigne une concentration anormalement importante de globules blancs dans les capillaires. Ce phénomène entraîne la formation de caillots et altère la circulation sanguine notamment pulmonaire, ce qui en réanimation est à l'origine d'une augmentation de la morbi-mortalité.

Conclusion : La réaction leucémoïde est généralement secondaire à une infection sévère. Elle peut constituer un facteur de mauvais pronostic peu commun en réanimation. Le traitement dans les formes sévère repose sur la leucophérèse.

P. 083. Le tétanos en milieu de Réanimation : Etude rétrospective à propos de 13 cas

Auteurs : S.Bradai*, O.Turki, S.Belil, M.Bahloul, H.Chelly, C.Ben Hmida, M.Bouaziz
Service et Hôpital : *Réanimation Polyvalente EPS Habib Bourguiba SFAX*

Introduction : Le tétanos est une toxi-infection aiguë très grave due à l'exotoxine neurotrope de Clostridium tetani. Il reste un véritable problème de santé publique dans les pays en voie de développement. L'objectif de notre étudeest d'analyser les données épidémiocliniques, identifier les facteurs pronostiques et s'étaler sur la prise en charge en milieu de réanimation.

Patients et méthode : c'est une étude rétrospective portant sur 13 patients admis au service de réanimation polyvalente au CHU Habib Bourguiba de Sfax pour prise en charge de tétanos durant une période du 1/1/2006 au 30/09/2017.

Résultats : Notre série comporte 5 femmes et 8 hommes. L'âge moyen est de 62 ans avec des extrêmes allant de 46 à 82ans. Onze patients sur 13 étaient non vaccinés ou ayant un statut vaccinal non connu. La porte d'entrée était cutanée dans 84% des cas. La durée de l'incubation est en moyenne 10j avec des extrêmes allant de 3 à 20j. La durée de l'invasion était en moyenne 2j avec des extrêmes allant de 1 à 5j. A l'admission tous nos patients étaient conscients avec GCS=15/15. Ils ont tous présenté un trismus avec un faciès tétanique, une raideur de la nuque, une dysphagie puis à la phase d'état des contractures généralisées. Dix patients sur 13 (75%) ont présenté des paroxysmes. Douze patients ont développé un syndrome dysautonomique. Le recours à la ventilation mécanique était nécessaire chez tous les patients avec une durée moyenne de 20j (les extrêmes allant de 1 à 57j). Dix patients ont été trachéotomisés avec un délai moyen de 6j.Nous avons eu recours aux différents scores afin d'évaluer la gravité des malades. Le score d'APACHE II moyen était 8 avec des extrêmes allant de 3 à 19. Le score de DAKAR moyen était à 2. Selon la classification de MOLLET et celle de COLE et YOUNGMAN : Un patient était porteur d'une forme frustre, 9 étaient porteurs d'une forme modérée et 3 avait une forme grave. Le traitement a consisté à assurer un volet spécifique comportant

une antibiothérapie d'éradication du Clostridium tetani, une vaccination et une sérothérapie antitétanique. Le volet symptomatique a comporté un traitement sédatif et myorelaxant avec une durée moyenne de 10j.Tous les patients ont reçu un traitement préventif de l'ulcère gastrique, des maladies thromboemboliques et des complications trophiques.La morbidité reste élevée et étroitement liée à la survenue de complications précoces et tardives. La durée moyenne de séjour est de 26j avec des extrêmes allant de 1 à 58j. Cinq cas sur 13 sont décédés (38%).

Conclusion : Bien qu'elle soit une pathologie rare, le tétanos est toujours associé à des complications fréquentes et une mortalité augmentée. Il est donc important d'insister sur la prévention notamment la vaccination antitétanique.

P. 084. Rhinovirus : une cause rare de myocardite virale (A propos de 2 cas)

Auteurs : A.Bouattour*, K. Chtara, R. Ammar, M. Youssfi, M. Zekri, M. Bahloul, M. Bouaziz.
Service et Hôpital : *Service réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba. Sfax*

Introduction : Le rhinovirus appartient au genre entérovirus (Picornaviridae). Il est responsable de la majorité des infections bénignes des voies aériennes supérieures. Chez l'enfant il cause une bronchiolite et il peut être responsable d'une exacerbation de BPCO. A nos connaissance ce virus n'est pas trop virulent en pédiatrie et ne fait partie des germes qui peuvent entrainer une myocardite virale. Nous rapportons deux cas de myocardite virale suite à une pneumopathie communautaire hypoxémiante à rhinovirus.

Observation : Il s'agit de deux frères âgés de 5 et 12 ans originaire de Gabès et issus de parents cousins germains. Les deux enfants ont eu le même tableau clinique avec un décalage de 24 heures. la symptomatologie initiale a comporté une fièvre à 40°C, un état général altéré, une douleur abdominale avec des vomissements alimentaires et une polypnée. Ils ont été hospitalisés en pédiatrie initialement. Le tableau clinique a rassemblé des signes respiratoire, un syndrome inflammatoire clinique et biologique, et un syndrome alvéolo-interstitiel bilatéral à la radiographie tnoracique. Devant une insuffisance respiratoire aigue, ils ont été pris en charge dans notre service. Ils ont été intubés ventilés sédatés et ile ont été mis sous céfotaxime, vancomycine et ofloxacine pour une pneumopathie communautaire hypoxémiante se compliquant d'un tableau de SDRA. Quelques heures après leur hospitalisation, ils ont développé un état de choc cardiogénique en rapport avec une myocardite sévère (FEVG <20%, troponines positive et pro BNP élevée). L'enquête étiologique a conclu à une pneumopathie hypoxémiante à Rhinovirus. L'évolution sous VAC, noradrénaline dobutamine, antibiothérapie et corticothérapie a été favorable avec sevrage de ventilation et des drogues vaso-actives au bout d'une semaine. Trois jours après l'extubation, le plus jeune enfant a nécessite une ré intubation en rapport avec une pneumopathie nosocomiale acquise sous ventilation mécanique. Il est décédé dans un tableau de défaillance multi viscérale. L'enfant de 12 ans a évolué vers la fibrose pulmonaire. Une greffe aspergillaire a été diagnostiquée et traitée par voriconazole et le bilan immunologique a conclu à une granulomatose septique.

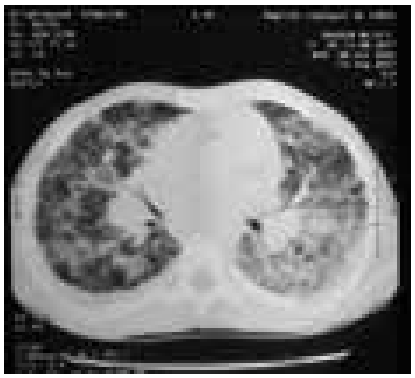


Figure 1 : fenêtre parenchymateuse montrant une fibrose pulmonaire

Conclusion : Bien que le Rhinovirus soit décrit comme un agent peu pathogène, il peut l'être en présence de terrain d'immunodépression. Ce virus peut être aussi rajouté à la liste des virus responsable d'une myocardique virale.

P. 085. Méningite à achromobacter xylosoxidans aprés la mise en place d'une dérivation ventriculaire externe : A propos d'un cas

Auteurs : R. Ammar, M. Zekri*, Mounir Yousfi, olfa turki, Chokri ben Hamida, K.Chtara, Mounir Bouaziz
Service et Hôpital : *chu habib bourguiba, Service de réanimation polyvalente*

Introduction : La méningite nosocomiale constitue une condition aggravante pour les malades hospitalisés en réanimation. Les germes les plus fréquents sont : le staphylocoque, les BGN notamment l'acinetobacter et le pseudomonas. La méningite à achromobacter xylosoxidans est une cause rare mais grave qui peut engager le pronostic vital.

Observation : Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 60 ans, hypertendu, admis dans notre service pour réanimation post opératoire d'un accident vasculaire cérébral par rupture de fistule durale .L'évolution pendant son hospitalisation a été initialement favorable marquée par le réveil du patient, puis secondairement une altération de l'état de conscience en rapport avec un œdème cérébral diffus nécessitant la mise en place d'une dérivation ventriculaire externe. A j1 post opératoire, lors de l'analyse systématique du liquide céphalorachidien, l'analyse bactériologique a objectivé un BGN dont l'identification a montré la présence d'un Achromobacter Xylosoxidans, avec trois prélèvements positif 3 jours de suite au même germe. Le patient été traité par tienam colimycine. L'évolution était défavorable avec décès du patient dans un tableau d'état de choc septique.

Conclusion : La méningite nosocomiale à Achromobacter Xylosoxidans est rare mais grave .Elle peut engager le pronostic vital.

P. 086. Quelle dose optimale d'amikacine chez le brulé ?

Auteurs: M. Ben Salem (1); A. Mokline (2); I. Rahmeni I (2); L. Gharsallah (2); I.Harzallah (1); AA. Messadi (2)
Service et Hôpital : *(1) Service de pharmacie. Centre de traumatologie et des grands brulés. Ben Arous. (2) Service de réanimation des brûlés. Centre de traumatologie et des grands brûlés. Ben Arous*

Introduction : La bactéricidie de l'amikacine est concentration dépendante et s'accompagne d'un effet post antibiotique (EPA) prolongé et d'une résistance adaptative à la 1ère dose. L'efficacité thérapeutique de l'amikacine est étroitement liée à la concentration maximale obtenue après une injection (Cmax) et la CMI du germe en cause. Chez les brûlés, une variation de 40 à 60% du volume de distribution et de la clairance a été rapportée, soulignant la grande variation de la pharmacocinétique de nombreux antibiotiques [1]. But : Evaluer la pharmacocinétique de l'amikacine administrée en dose journalière unique calculée selon l'équation suivante: Dose (mg/kg)=30*Pi+(30*0,4*Dp1)+ (30*0,4* Dp2) chez les brulés.

Patients et méthodes: Etude prospective menée au service de reanimation des brulés de Tunis sur une période de 4 mois (Novembre 2015- Fevrier 2016). Les patients ayant présenté une infection bactérienne suspectée et/ou documentée avec une créatinine <140 µmol/l ont été inclus. Ont été exclus, les femmes enceintes, allaitantes, et les sujets ayant une insuffisance rénale. L'amikacinea été administré en dose unique selon l'équation sus citée sur une perfusion de 1h pour une durée de 5 jours. Pour le monitorage des taux sériques del'amikacine, des prélèvements sanguins ont été effectués comme suit: à la fin de la 1ère dose (t1) à J1 (Cmax). Pour les jours suivants, des prélèvements pour le monitorage des concentrations maximales (Cmax) et résiduelles (Crés) ont été faits. Les prélèvements ont été faits du sang artériel, conservés entre 2 et 8°C puis analysés. Pour tous les patients, les concentrations maximale (Cmax) et résiduelle (Crés), le volume de distribution (Vd) et la ½ vie plasmatique (T1/2) ont été calculées. L'effet thérapeutique est maximal si leratio Cmax/CMI est > 8 à 10

Résultats: Durant la période d'étude, 18 patients ont été inclus. L'âge moyen était de 40 ± 15 ans avec un sex-ratio de 2.3. La Clairance de la creat de nos patients était de 119,2 ml/min. La dose d'amikacine était de 26,3 mg/kg/jour + 6,05 [20- 35 mg/kg/j]. Une Cmax entre 60 et 80 µg/ml a été atteinte seulement chez 8 patients (55%), correspondant à un pic de concentration plasmatique d'une valeur égale à 8 fois la CMI des Enterobacteries et de Pseudomonas Aeroginosa. Dans notre série, aucun cas d'insuffisance rénale aigue (Clairance creat 90ml/min) n'a été noté. Le volume total de distribution était de 0.55 L/kg (0.28 to 1.32), la ½ vie plasmatique (t1/2) était 4.70 h [1.42 to 8 h] et la clairance d'amikacine était 6.4 L/h. Il ressort de notre étude qu'il ya une corrélation entre Cmax à J1 et Cmax à J5 (r= 0,45).

Conclusion: Notre étude suggère que la posologie optimale d'amikacine chez le brûlé doit étré ajustée selon la variation du poids et que le monitoring de la Cmax à J1 est fondamental puisqu'elle est corrélée au succès thérapeutique de l'antibiothérapie et donc meilleur indicateur de l'éradication bactérienne, et d'éviter l'émergence de résistance.

Pi : Poids idéal ; Dp1 : Poids admission-Poids idéal ; Dp2 : Poids actuel-Poids admission

Référence : 1-Diagn Microbiol Infect Dis 2004;48:125–30

P. 087. Evolution de la consommation antibiotique et du taux d'infection à BMR

Auteurs : Z.Hammouda*, Y.Kadri, W.Nouira, H.Zorgati, A.Ouni, N.Bouker, M.Tlili, S.Boukadida, K.Hraiech, I.Ouanes, F.Dachraoui, L.Besbes, F.Abroug

Service et Hôpital : *service de réanimation polyvalente CHU Fattouma Bourguiba Monastir*

Introduction : L'utilisation excessive et parfois irrationnelle des ATB est responsable d'un impact économique important avec augmentation des dépenses des soins. De même, ceci a abouti à l'émergence des bactéries multi résistantes qui, dès leur apparition ont constitué un problème de santé publique avec un accroissement des couts de soins de santé à la fois humain et financier. L'objectif de ce travail est : mesurer l'évolution de la prescription des ATB au cours des cinq dernières années dans notre service et déterminer sa relation avec l'incidence des infections à BMR.

Matériel et méthodes : une étude rétrospective sur une période de 5 ans (2013-2017). Les données recueillies étaient : la consommation en DDJ des ATB suivants: l'imipénème, l'értapénème, l'ofloxacine, la ciprofloxacine, la colimycine et la tigécycline. Le nombre des malades hospitalisés dans le service au cours des années. Le nombre d'infection à BMR, ainsi que les sites infectés par : acinetobacter baummani, pseudomonas aérogenosa résistant à la ceftazidime et/ou à l'imipénème. Les entéro bactéries sécrétrices de BLSE

Résultats : L'effectif des malades, est pratiquement constant au cours des années de l'étude avec une moyenne de 297 malade/an. On note globalement une augmentation de la consommation de l'imipenème (de 240,66 DDJ en 2013 à 586,33 en 2017), la colimycine (de 140,75 DDJ en 2013 à 239,62 DDJ en 2017), ainsi que des nouveaux ATB (értapénème et tigécycline). Par contre, la consommation en fluoro quinolones au cours de la période d'étude est restée pratiquement stable. Concernant les infections à BMR, l'evolution de l'incidence au cours de 05 ans est représentée dans le tableau 1.

Année	acinetobacter	Pseudomonas aerogenosa	Enterobactéries BLSE
2013	?	12	20
2014	18	10	21
2015	22	9	22
2016	31	11	32
mi-2017	15	8	20

Les infections à entérobactéries sécrétrices de BLSE et à A baummani viennent au premier plan, avec un taux pratiquement constant.

Conclusion : Sur une période de 05 ans et pour un effectif pratiquement constant de malades, on note globalement une augmentation de la consommation en ATB. Ce résultat reflète en partie une augmentation du taux des infections nosocomiales et une modification du profil de résistance des germes en cause.

P. 088. Une endocardite infectieuse révélée par des localisations secondaires multiples: à propos d'un cas

Auteurs : W.Nouira*, Z.Hammouda, H.Zorgati, N.Bouker, S.Boukadida, M.Tlili, A.Ouni, K.Hraiech, I.Ouanes, F.Dachraoui, L.Besbes, F.Abroug

Service et Hôpital : *service de réanimation polyvalente CHU Fattouma Bourguiba Monastir*

Introduction : L'EI est une maladie systémique de présentation polymorphe. Lorsque les signes cardiaques s'associent aux signes infectieux, le diagnostic est aisément évoqué. Il est plus difficile lorsque les manifestations systémiques sont au premier plan et la maladie révélée par un accident vasculaire cérébral, un purpura fébrile ou un lumbago fébrile. Les manifestations cliniques sont très variées, diversement associées, à l'origine de présentations parfois très trompeuses.nous rapportons dans ce travail le cas clinique d'une patiente ayant présenté une EI à révélation systémique.

Observation : Patiente R.H âgée de 52 ans sans antécédents pathologiques notables transférée en réanimation pour altération de son état de conscience. L'histoire de la maladie actuelle remonte à 03 semaines avant l'admission marquée par l'installation brutale d'une fièvre à 39°C associée à des douleurs abdominales, des nausées et des vomissements l'amenant à consulter les urgences. une appendicite aigue a été suspectée, infirmée au scanner abdominale qui a montré: un épaississement nodulaire pleural gauche d'allure suspecté rehaussé après injection de PDC avec présence d'un nodule pleural au niveau de l'espace infra-médiastinale postérieur associé à un épanchement pleural en regard de faible abondance ; la rate est siège d'une hypodensité polaire supérieur évoquant des séquelles d'infarctus splénique supérieur des coupes thoraciques montrent des multiples masses ganglionnaires médiastinales sous carinaire et hilaires gauches, une lame d'épanchement pleural gauche, masse parenchymateuse à contours flous

au niveau du segment ventral du culmen de 34 mm de grand axe. Un scanner cérébral a été pratiqué le jour même montrant: des hypodensités arrondies de taille infra-centimétrique péri ventriculaire au niveau des têtes des noyaux caudés. Une IRM cérébral a été demandée en complément d'exploration, ayant objectivé des AVC ischémiques aigus ponctiformes subaigus multiples au niveau sous cortical et cortical sus et sous tentoriel avec notamment une atteinte cérébelleuse et inter pédonculaire cette atteinte multifocale sans systématisation est en faveur d'une origine emboligéne. Devant ces explorations, la patiente a été hospitalisée en neurologie, à l'examen, on note une patiente fébrile à 38,5°C, un syndrome cérébelleux statique et cinétique sans déficit sensitif ni moteur, des ROT vifs poly cinétiques et symétriques. A' la biologie : un SIB (CRP à 289 mg, GB à 12900), une cytolyse hépatique, TP à 50%, TCA allongé 70''/30'', une hémoculture positive à staphylocoque coagulase négative. ETT (faite devant la suspicion d'endocardite infectieuse) : un VG de taille et de fonction systolique, FEVG à 60%, valve mitrale remaniée, pas de végétations visibles, une IM grade II. Elle a été mise sous ATB : claforan et vancomycine pendant 8 jours, l'évolution était marquée par la persistance de la fièvre 39-39.5°C, ascension de SIB, CIVD (TP à 49%, TCA allongé, thrombopénie à 90.000/mm3). et l'aggravation neurologique; SG à 12/15, avec apparition de des signes de localisation : déviation des globes oculaires à droite et une hémiplégie gauche totale d'où son transfert en réanimation. Une TDM cérébrale de controle refaite le jour même qui montre c l'apparition d'une plage hypodense occipito_pariétale droite cortico_sous corticale en rapport avec un AVC jonctionnel postérieur droit d'allure semi récente, cette plage exerce un effet de masse sur le VL homolatéral qui est partiellement collabé mais sans déviation de la ligne médiane. La patiente a été intubée ventilée devant une détresse respiratoire et neurologique. Avec au scanner extension de la plage hypodense fronto occipito pariétale droite cortico sous corticale avec un important œdème péri lésionnel responsable d'un collapsus du VL homolatéral et d'une déviation de la ligne médiane à gauche de 13 mm avec engagement sous falcoriel. L'évolution finale était fatale.

Conclusion : L'EI est une pathologie grave et souvent fatale.le diagnostic doit être évoqué devant les manifestations systémiques. Les examens complémentaires et le traitement spécifiques doivent être instaurés en urgence.

P. 089. Evaluation de l'impact de la désescalade antibiotique dans une unité de réanimation médico-chirurgicale

Auteurs : Sellami Walid, Bousselmi Radouane, Yengui Olfa, Samoud walid, Ferjani Mustapha
Service et Hôpital : *Service d'anesthésie réanimation, LR12DN01 l'Hôpital Militaire de Tunis, TUNISIE*

Introduction: La désescalade antibiotique est une stratégie proposée pour faire face aux problèmes d'émergence de souches bactériennes multirésistantes (BMR) et pour lesquelles nous pouvons nous retrouver dans une impasse thérapeutique. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'impact de cette stratégie sur la mortalité en réanimation et hospitalière, sur l'émergence de BMR, et d'identifier les facteurs influençant la réalisation d'une désescalade.

Matériel et méthodes: Etude rétrospective monocentrique incluant des patients hospitalisés dans une unité de réanimation médico-chirurgicale sur une période de 12 mois. Les données démographiques, de gravité, de mortalité hospitalière et de devenir, de comorbidités, d'antibiothérapie, de portage et d'infection à BMR étaient comparées entre les patients ayant bénéficié d'une désescalade antibiotique et ceux n'en ayant pas bénéficié.

Résultats: soixante dix patients ont été inclus. L'origine de l'infection était bronchopulmonaire (70%), urinaire (8%), digestive (10%), neurologique (5%) et cutanée (7%). L'antibiothérapie était désescaladée chez 60% des cas. Les facteurs associés à la réalisation d'une désescalade était le sexe féminin, la mise en évidence d'un germe, le caractère communautaire de l'infection, l'infection d'origine urinaire. En revanche, la présence d'un coma initial, d'un germe multirésistant et d'une antibiothérapie initiale inadaptée et l'absence de documentation microbiologique était logiquement plus fréquemment associée à une non-désescalade ave un p significatif ($p<0.01$). Nous ne constations aucune surmortalité liée à la désescalade que ce soit en réanimation (17.5 vs 18.7%, $p=0.09$), ou hospitalière (25.6 vs 26.3%, $p=0.45$). L a réalisation d'une désescalade n'influençait ni la durée de séjour ni de ventilation mécanique.

Conclusion: Chez des patients de réanimation, une stratégie de désescalade est donc possible dans la plupart des cas mais n'influence pas le pronostic à court terme.

P. 090. Evaluation de la sensibilité de l'Acinetobacter Baumannii à la tigécycline: expérience de deux ans.

Auteurs : A.Mrad, M.Fatnassi*, N.foudhaili, T.khzouri, M.Barghouth, M.Bachrouch, S.Mahdhaoui, S.Benhmida, N.Brahmi.
Service et Hôpital : *CAMU réanimation médicale*

Introduction : les infections liées aux soins à acinetobacter baumannii multi-résistants constituent un des plus grands problèmes rencontrés dans nos services tunisiens de réanimation. La tigécycline, une glycylcycline récente, constitue une alternative thérapeutique très intéressante. Vu que cette molécule a été introduite dans nos pratiques quotidiennes depuis 2014, nous avons jugé important d'évaluer la sensibilité à la tigécycline de l'acinetobacter baumanni isolé dans notre service de réanimation.

Matériel et méthodes : Etude rétrospective menée sur deux ans (juin 2015 - juin 2017) au service de réanimation polyvalente et toxicologique du CAMU. Nous avons analysé les résultats de 33 antibiogrammes d'acinetobacter baumannii isolés dans différents prélèvements (PTP, ECBU, hémocultures, cathéters). La sensibilité à la tigécycline était testée au laboratoire de bactériologie par la méthode de diffusion sur disque avec des diamètres entre 15 et 18 mm. La CMI était pratiquée sur 3 prélèvements et une CMI≤2mg/l était considérée comme sensible.

Résultats : La nature des prélèvements était comme suit: 22 prélèvements respiratoires, 4 prélèvements urinaires, 4 hémocultures et trois cathéters. Les souches cultivées d'acinetobacter étaient de profil sauvage dans 15% des cas (5/33), multi-résistantes dans 85% des cas. Parmi les souches multi-résistantes, deux étaient productrices de BLSE et 26 étaient productrices de carbapénemases. La sensibilité à la tigécycline du groupe carbapénemases était de 88% des cas (23/26). La tigécycline a été utilisée en bithérapie dans 100% des cas, en association avec la colimycine dans 74% des cas (20/26) et avec la rifampicine dans 26% des cas (6/26), et ceci à forte dose 200 mg/j. L'évolution était favorable dans 70% des cas.

Discussion : Les résistances de l'acinetobacter aux céphalosporines, aminosides, tetracyclines et aux carbapénèmes se sont considérablement augmentées ces dernières années. La tigécycline est de plus en plus testée et utilisée dans le traitement des infections à acinetobacter multi résistant. Les souches d'acinétobacter multi-résistantes restent en grande partie sensibles à la tigécycline dans notre série avec un pourcentage de sensibilité similaire à ceux des résultats des études publiées ces dernières cinq années. Cette sensibilité conservée est certe due à l'optimisation de son usage, notamment l'utilisation de fortes doses, et l'association à d'autres molécules.

Conclusion : Le taux des infections à acinetobacter baumannii multi-résistant est de plus en plus préoccupant dans notre pays. Au jour d'aujour'huit, les souches multi-résistantes restent sensibles à la tigécycline en dépit d'une utilisation large de la tigécycline.

P. 091. Pneumopathie acquise sous ventilation mécanique dans un service de réanimation polyvalente: Epidémiologie et profil bactériologique

Auteurs : Sallemi walid, Olfa Yengu, Samoud Walid, Bousselmi Radouane, Mustapha Ferjani
Service et Hôpital : *Service d'anesthésie réanimation, LR12DN01 l'Hôpital Militaire de Tunis, TUNISIE*

Introduction: Les pneumopathies acquises sous ventilation mécanique (PAVM) représentent l'une des principales causes des infections nosocomiales en réanimation [1]. Compte tenu de leur incidence, de leur gravité potentielle, et des complications qu'elles engendrent, un diagnostic précoce et une prise en charge adéquate des PAVM s'avèrent de première nécessité. L'objectif de cette étude est de relever l'incidence des PAVM dans un service de réanimation polyvalente, de déterminer les facteurs de risques associés et de le profil de résistance aux antibiotiques.

Matériel et méthodes: Il s'agit d'une étude rétrospective s'étalant sur une période de 24 mois allant du 1er janvier 2015 au 31 décembre 2016. Sont inclus dans l'étude les patients âgés de plus de 18 ans et mis sous ventilation mécanique depuis plus de 48 h. Le diagnostic de PAVM s'est basé sur un faisceau d'arguments cliniques, radiologiques, biologiques et bactériologiques. Le prélèvement trachéal protégé (PTP) a été le moyen utilisé dans notre travail à la recherche des bactéries responsables et éventuellement à l'étude de leurs sensibilités aux antibiotiques. L'étude de la sensibilité aux antibiotiques a été réalisée par diffusion en milieu gélosé selon les recommandations du comité de l'antibiogramme de la société Française de Microbiologie (CA-SFM). Le seuil de positivité a été fixé à 103 UFC/ml.

Résultats: Pendant la période d'étude 531 patients ont été admis au service de réanimation. Parmi les 166 patients sous ventilation mécanique, 97 (58.4%) ont développé une pneumopathie nosocomiale. L'incidence des PAVM était de 17.8% et la densité d'incidence de 21 pour 100 j d'hospitalisation. L'âge moyen des patients inclus était de 45+/- 15 ans avec un sex ratio 1.5. La médiane de la durée de séjour en réanimation était de 15j [4-25,3] et la médiane de la durée d'intubation était de 9j [4-11,3]. Les principaux signes cliniques sont la fièvre (85,3%) et les sécrétions bronchiques purulents (65,8%), 100% des patients présentent un infiltrat radiologique. La sédation, la prise de corticothérapie et la prise d'IPP sont les facteurs de risques des PAVM avec un p significatif (<0.05). Parmi les PAVM diagnostiquées, 44.3% (43/97) sont survenues avant le 5ème jour d'intubation et 55.7% (54/97) après ce délai. Parmi les 160 souches bactériennes isolées, les entérobactéries et surtout les les sécrétrices de B lactamase à spectre élargie (BLSE) représentaient 35% des isolats (56/160) avec proteus mirabilis dans 35.7% (20/56) des cas, suivi deklepsiella pneumoniae dans 23.2% (13/56) et providencia stuartii dans 14.2% des cas (8/56). Le staphylocoque aureus représente 15.6% (25/160) des cocci Gram positif suivi de pneumocoquesdans 2.5% des cas (2/160). Les entérobactéries, le pseudomonas aerugonisa et l'acinétobacter baumanii sont les germes les plus fréquentes dans les PAVM dites tardives.21.2% des souches de pseudomonas aeruginosa étaient résistantes à l'imipénème et 44.5% à la ceftazedime et 58% à la cirofloxacine. Quant à l'Acinétobacter baumanii, 100% étaient sensibles à la colimycine et 68% à la riifampicine.

Conclusion: L'incidence des PAVM dans notre étude est comparable à celle décrite dans la littérature. L'écologie bactérienne dans notre contexte est caractérisée par l'existence de bacilles multi-résistantes, notamment des entérobactéries BLSE, ce qui rend compte de la nécessité de l'instauration de mesures préventives efficaces dans nos services de réanimation afin d'éradiquer ces germes multi résistants.

P. 092. PAVM à Burkholderia Cepacia chez le polytrauamtise en milieu de reanimation chirurgicale: A propos d'un cas

Auteurs : MH.Barketi, M.Khemili, K.Chaabani, E.Mili, G.Barkallah, S.Betbout, S.Chaari, L.Stambouli, F.BenSalem, M.Gahbiche.
Service et hôpital : *Service d'Anesthésie Réanimation- CHU Fattouma Bourguiba Monastir*

Introduction: Les pneumopathies nosocomiales acquises sous ventilation mécanique (PAVM) à Burkholderia Cepacia sont rares en milieu de réanimation (3%); elles accompagnent souvent les infections à Pseudomonas multirésistant.

Leur gravité vient essentiellement de la résistance naturelle de Burkholderia Cepacia à plusieurs antibiotiques, de la rapidité de sélection de mutants résistants et de son association fréquente à des germes multi résistants. Le but est de décrire le profil clinique, évolutif et la prise en charge d'une PAVM à Burkholderia Cepacia survenue chez un polytraumatisé hospitalisé en milieu de réanimation chirurgicale.

Observation: Mr.A âgé de 24 ans, victime d'un d'accident de la voie publique ayant entrainé un polytraumatisme : un traumatisme crânien grave avec un score de Glasgow (GCS) initial à 3 et un traumatisme thoracique .Il a eu une dérivation ventriculaire externe (DVE) à J2 post traumatisme pour une hémorragie quadri ventriculaire de grande abondance. Le patient a été trachéotomisé à J10 avec gastrostomie d'alimentation réalisée devant la gravité du tableau neurologique (GCS persistant à 8). A J3, les sécrétions bronchiques deviennent purulentes avec installation d'une fièvre à 39°c, une tachycardie à 120 battements par minutes associée à une hyperleucocytose et une élévation de la CRP avec apparition d'une opacité basale droite à la radiographie du thorax . L'examen bactériologique a montré l'absence de germes à la culture de la ponction lombaire et du bout de DVE, aux hémocultures et aux urocultures. L'aspiration trachéale a montré la présence de Bacilles Gram Négatif (BGN) à l'examen direct et le germe Klebsiella Pneumonae sensible aux céphalosporines et carbapénèmes était isolé à la culture des sécrétions bronchiques à l'aspiration trachéale. Une antibiothérapie initialement empirique était prescrite devant un score de CPIS à 9 et adaptée secondairement par une association d' imipenème à l'amikacine. L'évolution à J4 d'antibiothérapie était marquée par la persistance d'un plateau fébrile à 39°et de secrétions purulentes avec une hyperleucocytose à 24000 et une CRP élevée à 180mg/L. L'absence d'amélioration clinique sous antibiothérapie adaptée nous a conduit à réaliser d'autres examens bactériologiques. La culture de deux aspirations trachéales successives a isolé deux autres germes nosocomiaux : Burkholderia Cepacia et Pseudomonas multirésistants(le premier et le deuxième résistants à l'imipenème et sensibles à la tigécycline et la colistine). L'évolution ultérieure dès J8 posttraumatique était favorable (apyrexie, diminution des sécrétions bronchiques, nettoyage radiologique, leucocytose normale, et baisse de la CRP) après une antibiothérapie associée et dirigée (tigécycline, colistine et ciprofloxacine) ayant permis sa sortie à domicile après la fin de la cure.

Conclusion: Burkholderia Cepacia, BGN souvent multirésistante, est responsable de PAVM essentiellement associée au Pseudomonas multirésistant. Néanmoins, sa sensibilité aux antibiotiques notamment aux cyclines et aux quinolones surtout en association, semble différente à celle du pseudomonas,

P. 093. L'abcès rénal à Candida Glabrata

Auteurs : F.Daly, H.Doghri*, A.Trifi, K.Ben Ismaeil, Y.Touil, R.Nasri, S.Abdellatif, S.Ben Lakhal
Service et Hôpital : *Service de réanimation médicale. CHU La Rabta. Tunis. Tunisie*

Introduction : Les abcès rénaux sont des complications rares mais graves des infections des voies urinaires. L'origine fongique est rarement incriminée et touchent avec prédilection certains terrains comme les diabétiques, les immunodéprimés ou en présence d'une uropathie obstructive. Si le Candida albicans est fréquemment responsable de ces abcès fongiques, Candida glabrata est de plus en plus isolé ces dernières années. Nous rapportons le cas d'un abcès rénal à Candida glabrata chez une patiente diabétique admise en réanimation.

Observation : Il s'agit d'une patiente âgée de 60 ans aux antécédents de diabète et d'ostéosynthèse du rachis lombaire. La patiente a été admise dans le service d'urologie pour complément de prise en charge d'un abcès rénal découvert dans un contexte de douleurs abdominales évoluant dans un contexte fébrile. Devant l'absence d'indication chirurgicale en urgence, la patiente a été mise sous double antibiothérapie probabiliste à base de céfotaxime et ofloxacine et a été gardé sous surveillance. La survenue d'un syndrome d'hyperglycémie hyperosmolaire, a motivé son transfert en réanimation pour complément de prise en charge. L'évolution a été marquée par la survenue d'un état de choc septique concomitant à la majoration de la taille de l'abcès rénal objectivée à l'échographie. La conduite était d'élargir le spectre d'antibiothérapie en ajoutant le métronidazole et de mettre la patiente sous catécholamine. Par ailleurs, devant l'impossibilité de réaliser un drainage percutané scannoguidé, la patiente a bénéficié d'une laparotomie sous costale avec une néphrectomie totale droite. Un Candida glabrata a été isolé, par la suite, dans l'examen des urines et du pus de la pièce de néphrectomie. L'origine fongique de l'abcès rénal a été retenue et la patiente a été mise sous fluconazole. L'évolution était défavorable et la patiente est décédée à J4 d'admission dans un tableau d'état de choc septique avec défaillance multiviscérale.

Conclusions: L'abcès rénal d'origine fongique survient généralement sur un terrain particulier comme le diabète. Il s'agit d'une complication grave de l'infection des voies urinaires. Le pronostic dépend de plusieurs paramètres dont la précocité du diagnostic et de la prise en charge médico-chirurgicale.

P. 094. Staphylococcie pleuropulmonaire de l'adulte en reanimation : A propos de 5 cas

Auteurs : H.Doghri*, F.Daly, Y.Touil, W. Azaza, A.Trifi, R. Nasri, S. Abdellatif, S. Ben Lakhal
Service et Hôpital : *Service de réanimation médicale. CHU La Rabta. Tunis. Tunisie*

Introduction : La staphylococcie pleuropulmonaire (SPP) est une affection fréquente chez l'enfant mais rare chez l'adulte. Nous rapportons 5 cas de SPP admis dans le service de réanimation médicale du CHU La Rabta de Tunis entre 2013 et 2016. Le but est de dégager les particularités cliniques, radiologiques, les modalités diagnostiques et thérapeutiques ainsi que l'évolution de cette entité en réanimation.

Observations : Il s'agit de 2 femmes et 3 hommes dont l'âge moyen était de 26 ans (±9,3) avec des extrêmes de 16 et 38 ans. Chez quatre parmi-eux, le tableau clinique associait une dyspnée avec une toux et des expectorations purulentes, le tout évoluant dans un contexte de fièvre et d'altération de l'état général. Pour la 5ème observation, la découverte de la SPP était faite dans un contexte d'une dyspnée et une fièvre faisant suite à l'ablation d'un cathéter veineux central thrombosé. Au moins un antécédent était présent chez 4 patients (une toxicomanie intra-veineuse chez deux patients, un diabète chez un patient et une maladie de système dans un cas). Les images radiologiques étaient marquées par la présence de nodules pulmonaires à la tomodensitométrie thoracique dans quatre cas et par la présence d'un syndrome alvéolaire mal systématisé à la radiographie de thorax dans un cas. Le staphylocoque était isolé sur une hémoculture dans 4 cas et sur un lavage bronchoalvéolaire dans un cas. L'espèce était un Staphylococcus aureus dans 3 cas (dont un était oxa-R) et un Staphylococcus spp dans 2 cas (dont un était oxa-R). Trois patients ont bénéficié d'une échographie transthoracique montrant dans un cas une endocardite infectieuse sur la valve tricuspide. Le recours à la ventilation mécanique était nécessaire chez 3 patients et à un drainage de pneumothorax chez deux patients. L'évolution était défavorable dans deux cas.

Conclusions : La SPP chez l'adulte est une pathologie rare en réanimation. Elle survient, en général, sur des terrains particuliers et elle est grevée de complications souvent fatales.

P. 095. Early ventilator-associated pneumonia in trauma patients: epidemiology and prognostic impact

Auteurs : I .Bannour, B.ZBIDI*, A Mabrouk, Y Meksi, M Ouaz, F Abid, F Saoudi, B Hadded, A Majdoub
Service et Hôpital: *Departement of anesthesiology, Tahar Sfar Hospital, Mahdia*

Introduction: In polytrauma patients, there is a dysfunction of both the innate and the acquired immunity, which encourages the occurrence of nosocomial infections.

The aim of our study was to determine the epidemiological and bacteriological profile of early VAP in trauma patients and its prognostic impact.

Patients and Methods: We conducted a retrospective study over a period of two years (January 2014-December 2015). 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 0.05 was considered significant. Statistical analysis was performed using SPSS Statistics version 22.

Results: 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 (45.9%) developed a VAP. 9.2% of the infections were caused by Pseudomonas aerugenosa (23.5% of PAMV) followed with acinobacter baumanii and staphylococcus aureus (17.6% of VAP). Each Klebsiella pneumonia, E coli, proteus mirabilis and enterobacter aerugenes 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 ± 26.9J 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.

Discussion and conclusion: Trauma patients are distinguished by their clinical characteristics: mostly youthful, with no history of comorbidity or previous hospitalization. Several factors are incriminated in the occurrence of PAMV. 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. 096. Facteurs prédictifs de mortalité au cours de la pyélonephrite aiguë

Auteurs : R.Boubaker, H.Maghraoui, A.Mghirbi*, T.Kharraz, A.Bhira, M.Modhaffer, Kh.Zaouche, Y.Yahya, K.Majed
Service et Hôpital : *Service des urgences CHU LA RABTA*

Introduction: La pyélonéphrite aigue (PNA) est une affection fréquente qui peut compromettre le pronostic vital. Bien que la prise en charge est codifiée, la détermination de facteurs prédictifs de mortalité permettrait de mieux programmer une filière de soin spécifique surtout pour les malades à risques de complications. L'objectif de ce travail était d'identifier les facteurs de risque de mortalité chez les patients admis pour PNA.

Matériels et méthode: Nous avons mené une étude rétrospective au service des urgences la Rabta sur une période d'un an. Tous les patients qui ont été admis pour infection urinaire haute (IUH) avaient été inclus.

Résultats: Au cours de la période d'étude, 100 patients ont été inclus, 51% étaient de sexe masculin, l'âge médian était de 69 ans ± 14. Les antécédents de diabète, d'hypertension artérielle et d'AVC étaient prédominants avec respectivement 53%, 42% et 21%. Les motifs de consultation étaient variés dominés par l'altération de l'état de conscience chez 18%, l'asthénie chez 16%, la dyspnée et la fièvre (13% chacune). L'IUH était à risque de complication chez 19 patients et était compliquée chez 82 patients. Un état de choc septique était retenu chez 13% des patients, le sepsis chez 69%. L'insuffisance rénale aigue (IRA) était retrouvée dans 72% des cas, 10% étaient comateux d'emblés, la durée médiane de séjour était de 45,5 heures ± 46,34 et le décès était survenu chez 28 patients. Les facteurs prédictifs de mortalité étaient la survenue de défaillances viscérales (p=0,02), la survenue d'IRA indépendamment du seuil (p=0,024) et la survenue d'état de choc (p=0,007).

Conclusion: La survenue de défaillances viscérales est un facteur de mortalité au cours de la PNA. Une détection précoce de cette complication est indispensable afin d'orienter les patients vers le milieu de soins approprié.

P. 097. Issue fatale d'une arthrite septique du sujet agé mimant une arthrite inflammatoire

Auteurs: A.Mghirbi*, H.Maghraoui, R.Boubaker, T.kharraz, M.Modhaffer, Kh.Zaouche, Y.Yahya, K.Majed
Service et Hôpital : *Service des urgences CHU LA RABTA*

Introduction : Les infections cutanées bactériennes sont potentiellement graves si elles sont négligées ou traitées tardivement. Nous rapportons le cas d'un patient ayant une septicémie à streptocoque avec des localisations multiples.

Observation : Un patient âgé de 62 ans, sans antécédents a été amené aux urgences pour altération de l'état de conscience. La glycémie était 1,26 g/l, il était eupnéique avec auscultation pulmonaire libre, la PA était correcte et il y'avait pas de signes périphérique de choc. Le score de Glasgow était à 12/15 (E=4, M=5, V=3), le réflexe cutané-plantaire était en extension des 2 cotés, la nuque souple et les pupilles en position intermédiaire réflective. Le reste de l'examen a objectivé la présence d'un souffle diastolique au foyer mitral, une tuméfaction du genou gauche étendu à la cuisse avec aspect inflammatoire en regard et présence d'un choc rotulien. En reprenant l'interrogatoire, le patient présentait une gonalgie gauche évoluant depuis 1 mois traitée symptomatiquement en ville. Devant l'installation d'une tuméfaction du genou et de la cuisse gauches associée à une impotence fonctionnelle du membre inférieur, il a consulté les urgences d'orthopédique où une échographie a été pratiquée concluant à la présence d'un épanchement intra-articulaire de moyenne abondance au niveau du genou gauche associé à une tuméfaction des muscles de la loge ventrale de la cuisse siège de multiples collections confluentes évoquant soit un abcès soit une hydatidose musculaire. La décision était d'adresser le patient en consultation pour contrôle clinique et complément d'explorations. A la biologie à l'admission, il y avait un syndrome inflammatoire biologique avec leucopénie et une CRP à 400 mg/l, une insuffisance rénale avec clairance de la créatinine à 50 ml/min, une anémie à 9,2 g/dl et un TP spontanément bas à 58%. A la radiographie de thorax, il y'avait des images évoquant la présence de multiples abcès au niveau des deux champs pulmonaires. Le diagnostic de sepsis à point de départ cutané et ostéo-articulaire a été évoqué et le patient a été mis sous oxacilline 2g*3/j et gentamycine 320 mg/j. Un angioscanner cérébral a été pratiqué objectivant une thrombose du confluant veineux sans anomalie du parenchyme cérébral associée. Une ponction lombaire (PL) a été faite ramenant un liquide clair avec pleiocytose à 10 éléments/mm3 une hypoglucorrachie <0,01 g/l et une hperprotéinorrachie à 5,6 g/l. Le diagnostic retenu était une septicémie à point de départ cutané et ostéo-articulaire avec localisation pulmonaire, neuroméningée et endocardite d'où le patient a été mis sous vancomycine 60 mg/Kg/j, rifampicine 600mg*2/j et gentamycine 5 mg/Kg/j. L'évolution était fatale et le décès était survenu au bout de 9 heures de l'admission par défaillance multiviscérale. La culture de la PL était obtenue en post mortem isolant un streptococcus pneumoniae.

Conclusion : Un diagnostic positif ainsi qu'un diagnostic bactériologique précoce de toute infection permettront au clinicien d'instaurer le traitement adéquat au moment opportun afin de réduire le taux de morbi-mortalité.

P. 098. La tuberculose systémique multifocale à Mycobacterium tuberculosis multirésistant : à propos d'un cas

Auteurs : I. Trabelsi, F. Daly, Y. Touil, A. Trifi, R. Nasri, S. Abdellatif, S. Ben Lakhal
Service et Hôpital : *Service de réanimation médicale du CHU La Rabta de Tunis*

Introduction : La tuberculose (Tbc) est une maladie à transmission interhumaine aéroportée causée par les mycobactéries. Les souches multi-résistantes (à la rifampicine et à l'isoniazide), voire ultrarésistantes de Mycobacterium tuberculosis sont rares. Nous rapportons le cas d'une Tbc disséminée à germes résistants aux antituberculeux habituels.

Observation : Il s'agit d'une patiente âgée de 43 ans suivie depuis 2012 pour une maladie de Crohn compliquée d'une fistule recto-vaginale récidivante et résistante aux immunosuppresseurs. Le début de la maladie remonte à 2015, où la patiente a présenté une Tbc ganglionnaire pour laquelle elle a été mise sous anti-tuberculeux. Encore sous traitement, elle a présenté en 2016 une spondylodiscite tuberculeuse compliquée d'une compression médullaire ayant nécessité une ostéosynthèse vertébrale en Mars 2017. Deux mois plus tard, la patiente a été hospitalisée au service de maladies infectieuses pour complément de prise en charge d'une suspicion de méningite tuberculeuse devant l'apparition d'une photophobie, vertige et hypoacousie, le tout évoluant dans un contexte de fièvre, de frissons et de sueurs nocturnes. L'évolution était marquée par la survenue d'un état de mal convulsif réfractaire nécessitant le transfert dans notre service pour complément de prise en charge. Une ponction lombaire a été pratiquée montrant un liquide clair normotentu, une pleicytose à 120 elts/mm3 (100% lymphocytes), une hypoglycorrhachie et une

hyperprotéinorrachie. Une TDM cérébrale a été réalisée objectivant des signes en faveur d'une vascularite en montrant des lésions nodulaires hypodenses cortico-sous-corticales basifrontales et pariéto-temporales droites. Le diagnostic retenu était une tuberculose méningée compliquée d'une vascularite cérébrale. La patiente a été intubée, ventilée mécaniquement et sédatée par du midazolam à dose anti-epileptique. Par ailleurs, la malade a été mise, en plus de la quadrithérapie antituberculeuse (Isoniazide, Rifampicine, Pyrazinamide et Ethambutol), sous fluoroquinolones, sous coticothérapie et sous traitement anticonvulsivant. L'évolution était défavorable marquée par la survenue d'un état de choc septique compliquée d'une défaillance multiviscérale et d'un arrêt cardiocirculatoire à J 7 d'hospitalisation.

En post mortem, le résultat de la culture, faite 4 mois auparavant sur ponction discovertébrale, est revenu positif à Mycobacterium tuberculosis résistant à la Streptomycine, l'Isoniazide, la Rifampicine et l'Ethambutol.

Conclusions: La patiente présente plusieurs facteurs de mauvais pronostic : la forme disséminée, la souche multirésistante de Mycobacterium tuberculosis et le retard diagnostic.

P. 099. Les infections à Pseudomonas aeruginosa en réanimation : Les foyers infectieux et le profil de résistance aux bétalactamines

Auteurs : H. Allouche, F. Daly, A. Trifi, R. Nasri, Y. Touil, S. Abdellatif, S. Ben Lakhal
Service et Hôpital : *Service de réanimation médicale du CHU La Rabta de Tunis*

Introduction: Malgré les grandes disparités dans les séries publiées dans la littérature, le point en commun entre les infections à Pseudomonas aeruginosa (PA) en réanimation est la constatation d'une hausse des résistances aux antibiotiques (ATB) traditionnellement actifs. L'objectif de notre travail est de rapporter les principales caractéristiques cliniques et microbiologiques des infections à PA en réanimation.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, monocentrique et descriptive. Elle a été réalisée dans le service de réanimation médicale du CHU La Rabta. Tous les patients ayant présenté une infection à PA durant l'année 2016 ont été inclus. Les caractéristiques démographiques, cliniques, microbiologiques, thérapeutiques et évolutives ont été collectées et consignées sur une fiche préalablement préparée.

Résultats : Durant la période d'étude, 16 patients ont présenté une infection à PA. L'âge moyen était de 50,7 ans (±17,9) et le sexe ratio de 7. La durée de séjour moyenne était de 33 jours (±21,6). L'IGS II moyen à l'admission était de 39,4 (±16,2) et l'APACHE II de 16,6 (±7,6). Le SOFA score moyen était de 5,75 (±1,5). Les patients provenaient dans 15 cas (88%) de notre CHU (88%). L'antécédent le plus fréquent était la BPCO, présente chez 7 patients. L'index de Charlson était au moins égal à 1 chez 10 patients. Le motif d'admission était une détresse neurologique dans 9 cas et respiratoire dans 7 cas. Le recours à la ventilation mécanique invasive était nécessaire chez 14 patients (82%). L'antibiothérapie (ATBpie) de 1ère intention était probabiliste dans 12 cas et ciblée dans 2 cas. Par ailleurs, 2 PA ont été isolés et traités chez 2 patients sous ATB pour une autre infection à un germe différent. L'infection était respiratoire dans 12 cas (11 pneumopathies acquises sous ventilation mécanique et une pneumopathie aigue communautaire), 2 infections urinaires et 2 bactériémies. Le traitement initial était basée sur une association de 2 ATB chez 11 patients (une betalactamine dans tous les cas avec soit la colistine soit une quinolone). Le délai de récupération des prélèvements microbiologiques était de 4,9 jours (2,1) avec des extrêmes de 3 et 10 jours. Le phénotype du PA était sauvage dans 5 cas. La résistance aux betalactamines était en rapport avec une porine Opr déficiente dans 5 cas et une production de betalactamase dans 6 cas (une céphalosporine hyperproduite dans 5 cas et une pénicillinase dans un cas). L'ATBpie initiale était adéquate dans 8 cas. L'évolution était défavorable dans 5 cas.

Conclusions : Le PA est le plus souvent isolé dans les infections pulmonaires en réanimation. La résistance de ce germe aux betalactamines est élevée. Elle est en rapport avec une production d'une betalactamase ou une porine déficiente.

Thème Scoring, Procédures et pronostique :

P. 100. Real-time ultrasound-guided method versus landmark technique for internal jugular vein catheterization (preliminary results)

Auteurs: W.Ferjani*, R.Derbel, A.bouzid, I.Souissi, H.Abida, B.Ben Jdidia, W.Jawedi, H.Cheikhrouhou, A.Karoui
Service et Hôpital: *Service d'anesthésie-réanimation, CHU Habib Bourguiba Sfax*

Introduction: The catheterization of the internal jugular vein (IJV) is currently practiced in resuscitation. Several meta-analysis and recent clinical practice guidelines strongly support ultrasound guidance (USG) when inserting the catheter through the internal jugular vein. The aim of this study was to determine whether USG of IJV catheterization reduces catheterization failures and adverse events compared to the traditional "blind" landmark method (LM).

Material and methods: We conducted a prospective randomized study from November 2016 to February 2017. Patients hospitalized in intensive care in non emergent conditions were randomly allocated into 2 groups: real-time USG IJV catheterization according to the In-Plane approach (Group US) (Figure 1) and anatomical LM method (Group LM). The non inclusion criteria were the presence of a coagulopathy or the vein thrombosis. All procedures were performed by the same novice operator. The primary outcome parameter was the catheterization success rate. The number of attempts, the number of redirections and the access time, were recorded. the position of the catheter were directly evaluated by the surgeon, and ultrasongraphy were used to evaluate hematoma in puncture site.

Results: 30 patients were included, 15 in Group US and 15 in Group LM .There were no significant differences between groups in age, gender, body mass index (BMI) and side of catheterization. Success rate of IJV catheterization was 100% in Group US versus 80% in Group LM (p=0.52). Success rate was significantly higher in the obesity subgroup US (100%) than obesity subgroup LM (25%) with p=0.024. the success rate in the first attempt was significantly lower in Group LM (66% versus 100% in Group US; p=0.001). The number of attempts and the number of redirections were lower in US group with respectively p=0.04 and p=0.03. One only patient developed an hematoma and he was in the LM group.

Conclusion: Real-time USG internal jugular vein catheterization is more effective than the traditional LM technique with best success rate and probably less rate of complications. This technique is easy to learn so it allows the inexperimented operator to be quickly efficient

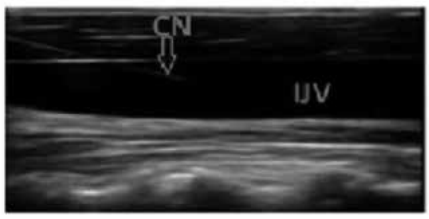


fig1:IJV catheterization with in plan approach.
CN: catheter needle
IJV: internal jugular vein

P. 101. Polytraumatisé : Incidence et facteurs de pronostic à propos de 120 cas

Auteurs : W.Ferjani, H.Romdhane, I.Azri, H.Hadded, F.Saoudi, Y.Mlaiki, B.Zaidi, M.H.Barhoumi
Service et Hôpital : *service d'anesthésie réanimation, CHU Ibn Jazzar Kairouan*

Introduction: Le polytraumatisé est par définition un blessé dont le pronostic vital est mis en jeu à court terme. Plus de la moitié des décès post-traumatiques évitables est liée à des erreurs dans la stratégie de prise en charge, au défaut d'organisation, ou à l'inexpérience de la structure d'accueil initiale. C'est en effet un malade rapidement évolutif pour lequel le facteur temps est l'une des composantes péjoratives de sa prise en charge.L'objectif de l'étude est de préciser les particularités socio-démographiques des polytraumatisés et d'identifier les facteurs prédictifs de mauvais pronostic.

Matériels et méthodes: Il s'agit d'une étude rétrospective qui a porté sur 120 patients polytraumatisés pris en charge au service d'Anesthésie Réanimation de l'hôpital Ibn El Jazzar de Kairouan au cours de l'année 2016

Résultat: L'âge moyen de nos patients a été de 38 ans. La majorité de nos patients son de sexe masculin. Les accidents de la voie publique constituent la cause de polytraumatisme dans 80% des cas. Les principales lésions retrouvées étaient : des lésions de l'appareil locomoteur dans 92% des cas, un traumatisme thoracique dans 90%, un traumatisme crânien dans 89%, un traumatisme maxillofacial dans 52,5%, un traumatisme du bassin dans 31%, un traumatisme abdominal dans 30,8% et des lésions rachidiennes dans 19,1% des cas. Les scores de gravité étaient en moyenne de 5,92 pour le RTS, de 34 pour l'ISS et de 42 pour l'IGSII. Un traitement chirurgical a été indiqué chez 80% des patients. Il s'agissait essentiellement de chirurgie orthopédique dans 47,5% et de chirurgie neurologique dans 21,7% des cas. Le recours à l'intubation et à l'assistance ventilatoire était nécessaire chez 57,5% des patients. Une trachéotomie secondaire a été pratiquée chez 16 patients. La durée moyenne de la ventilation mécanique était de 15 jours. La durée de séjour en réanimation était en moyenne de 10 jours. Le recours aux drogues vaso-actives était nécessaire chez 37% des patients et Une assistance nutritionnelle chez 20%, Une antibioprophylaxie chez 54% des patients et une prévention des TVP dans 91% des cas. Les complications étaient dominées par les troubles trophiques chez 89% des patients et les complications de la ventilation mécaniques dans 33% des cas. Le taux de mortalité était de 51,7%. Au bilan de l'étude multivariée, les facteurs influençant la mortalité du polytraumatisé sont : la présence d'un traumatisme crânien grave (p=0,001), l'inhalation à l'admission (p=0,037), la présence d'un état de choc à l'admission (p=0,003), la présence d'une hypoxémie initiale (p=0,042), un taux d'hémoglobine initial inférieur à 10 g(p=0,036), un score ISS > 40 (p<0,01) et un IGSII > 45 (p=0,034)

Conclusion: La prise en charge du polytraumatisé ne s'improvise pas. Les équipes médicales doivent être coordonnées en pré-hospitalier. Certains gestes systématiques permettent d'optimiser la gestion du temps. C'est en effet, entre autres, en stabilisant le plus vite ce type de patient que l'on peut espérer en améliorer la morbidité et la mortalité liée au choc post traumatique précoce.

P. 102. Intérêt de l'echoguidage dans la pose du catheter veineux central chez l'enfant en unite de soins intensifs

Auteurs : F. Ferhi1, S. Maaref1 *, B . Assidi1, R. Kebaili2, N. Soyah2, J. Bouguila2, N. Nawar1, N. CHrigui1, K. Tarmiz1, K. Ben Jezia1, B. Lamia2
Service et Hôpital : *1Service Anesthésie-Réanimation, CHU Farhat Hached, Sousse . 2 Service de Pédiatrie, CHU Farhat Hached, Sousse*

Introduction : La pose du cathéter veineux central est une procédure percutanée difficile à réaliser chez les enfants notamment en bas âge .La ponction veineuse est réalisée en général à l'aveugle malgré son association à une morbidité élevée et un risque d'échec significatif. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'intérêt de l'échoguidage dans la réduction du taux d'échec et la morbidité dans l'unité de soins intensifs dans le service de pédiatrie

Données et méthodes : Notre étude a été réalisée dans l'unité de soins intensifs du service de pédiatrie à l'hôpital universitaire Farhat Hached à Sousse. Nous avons comparé deux groupes. Groupe S : technique standard avec un nombre N=15. Groupe E : technique écho guidée avec un nombre N=15. On a saisi ensuite les données relatives à la difficulté lors de l'installation et les complications ultérieures.

Résultats : Les moyennes relatives au nombre de tentative et la durée de pose ont été significativement inférieurs dans le groupe E avec respectivement 4 vs 2 et 7 mn vs 17 mn .Le taux de réussite de ponction dès la première tentative a été largement supérieur dans le groupe E. On a également pu éviter les ecchymoses et ponctions artérielles dans le groupe E avec respectivement 5/15 et 0/15. Le nombre des infections liées au cathéter et des thromboses a été significativement supérieur dans le groupe S.

Conclusion : Notre travail aide à souligner la supériorité de l'échoguidage lors de la pose du cathéter veineux central par rapport à la méthode standard chez les enfants dans l'unité de soins intensifs pédiatrique.

P. 103. L'usage de la voie intraosseuse dans une unité de soins intensifs pediatrique en Tunisie.

Auteurs : F . Ferhi1, S . Maaref1*, R . Kebaili 2, S . Tilouche2, A . Chakroun1, M . Chaabani1, A . Tej2, K . Tarmiz1, K . Benjezia1.
Service et Hôpital : *1Service Anesthesie-Réanimation, CHU Farhat Hached, Sousse . 2Service de Pédiatrie, CHU Farhat Hached, Sousse .*

Objectif : Le recours à la voie intraosseuse constitue une solution sûre et efficace dans les urgences vitales en absence de voie veineuse accessible dans la réanimation pédiatrique .L'objectif de notre étude est de déterminer la faisabilité et l'utilité de la voie intraosseuse dans la population pédiatrique et néonatale.

Méthodes : Nous avons étudié tous les cas où on a eu recours à la voie intraosseuse pendant la période allant de janvier 2014 à Décembre 2015 dans l'unité de soins intensifs pédiatrique au sein du service de pédiatrie du CHU Farhat Hached à Sousse.

Résultats : On a essayé la voie intraosseuse chez 24 patients avec succès chez 22 patients soit (92%).L'âge variait de 3 semaines à 3 mois. Les principales indications étaient : le choc hypovolémique, le choc septique et l'arrêt cardiopulmonaire .Dans 7 cas de choc hypovolémique, on a eu recours à la voie intraosseuse après échec de la pose de cathéter veineux central .Dans tous les cas, le site de ponction était au niveau proximal de tibia sans recours au pistolet intraosseux. Le temps de pose du cathéter intraosseux était estimé de 60 à 120 secondes avec un succès dès la première tentative dans 80%. Nous avons constaté que pour un poids corporel inférieur à 10kg, les patients ont bénéficié de plus de 24heurs de perfusion via cette technique. La voie intraosseuse permettait de perfuser des fluides et des médicaments. On n'a pas décrit de complications majeures.

Conclusion : La voie intraosseuse est rapide sure et fiable dans les urgences pédiatriques en absence d'autre voie veineuse rapidement.

P. 104. Entre la détermination de la profondeur du cathéter veineux central par une formule calculée ou celle par des repères externes chez l'enfant : quelle est la méthode la plus précise ?

Auteurs : F. Ferhi1, S. Maaref1, B. Assidi1, R. Kebaili2, S. Tilouche 2, N. Jammeli 2, M. Chniti 1, K .Gardabou 1, K.Tarmiz 1, K. Benjazia1
Service et Hôpital : *1Service Anesthesie-Reanimation, CHU Farhat Hached. Sousse. 2Service de Pédiatrie, CHU Farhat Hached, Sousse.*

Objectif : Selon les recommandations, le cathéter veineux central doit être inséré au-dessus de la jonction veine cave supérieure et l'atrium droit .Plusieurs méthodes ont été décrites chez les enfants pour avoir une profondeur adéquate .notre objectif est de comparer 2 parmi les méthodes d'évaluation de la profondeur du cathéter veineux central.

Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective randomisée réalisée en unité de soins intensifs pédiatrique chez les patients avec un cathéter veineux jugulaire interne. Les patients sont divisés en deux groupes. Le groupe 1 (G1) où la profondeur du CVC a été évaluée par la formule : taille en cm / 10 (+3cm s'il s'agit de la jugulaire interne gauche, -1 s'il s'agit de celle de droite). Groupe 2 (G2) la profondeur est déterminée par l'addition de la distance entre le point d'insertion et la fourchette sternale et la moitié de la longueur du sternum. Toutes les procédures ont été faites par écho-guidage. La position des CVC a été vérifiée à chaque fois par une radiographie thoracique

Résultats : Le nombre d'enfant obtenu est égal à 60 avec un âge variant d'un mois à 11 mois. Ce nombre est divisé en 2. La moyenne d'âge dans G1 était 15 mois vs 16 mois dans G2. Le bout du CVC était présent au niveau de l'atrium droit chez 27 patients soit 90% dans G1. Deux patients ont développé une arythmie nécessitant le repositionnement du CVC. Dans le G2 le CVC était projeté entre la carène et la jonction VCS et l'atrium droit dans 100% vs 10% dans le G1

Conclusion : La profondeur du CVC pourrait être déterminée en utilisant des repères externes sans avoir recours à des formules quelconque.

P. 105. Géstion de l'anesthésie pour césarienne en cas d'éclampsie

Auteurs : F.Ferhi, S.Maaref*, N.Helal, N.Chrigui, M.Khedher, K.Ghardabou, N.Nawar, K.Tarmiz, K.Benjezia
Service et Hôpital : *Service d'Anesthésie-Réanimation, CHU Farhat Hached, Sousse .*

Introduction : La prise en charge de l'éclampsie comme étant une affection grave est délicate .Il est difficile d'appliquer des recommandations générales concernant la gestion d'anesthésie cependant l'anesthésie générale est systématique .Le recours à l'anesthésie locorégionale a été décrit en cas d'éclampsie stable. Nous avons étudié les

modalités et techniques anesthésiques possible dans ce cas et dégagé les conséquences sur la morbidité et mortalité dans un hôpital tunisien niveau III.

Moyens et méthodes: Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur des césariennes pratiquées sur 13 ans du janvier 2004 à décembre 2016 notamment chez des patientes diagnostiquées d'éclampsie .Cette étude a été réalisée dans un hôpital qualifié d'un niveau III.

Résultats: On a constaté 83 cas d'éclampsie soit 6.39 pour 10000 accouchements. Dans 61 cas, on a eu recours à l'anesthésie générale (73.5%). Chez ces patientes, les incidents majeurs dégagés sont : 3 cas d'intubation difficile, 2 cas d'inhalation et 2 cas d'hémorragie peropératoire .la moyenne de score d'APGAR était 7 et 8 à 1 et 5 mn respectivement. Dans 22 cas (26.5%), on a eu recours à la rachianesthésie après stabilisation et réalisation d'imagerie revenue normale .2 patientes ont eu une hypotension .Aucune conversion en anesthésie générale n'a eu lieu .on n'a pas décrit de crises convulsives en péri-opératoire. La moyenne du score d'APGAR était de 8 et 9 à 1 et 5 mn respectivement. Aucun décès maternel n'a été décrit. Il y a eu 5 cas de mortinatalité et 2 cas de décès néonataux observés sous anesthésie générale.

Conclusion: L'anesthésie locorégionale pour césarienne chez des patientes diagnostiquées d'éclampsie n'était associée à aucune complication majeure. L'anesthésie générale pourrait être associée au risque d'intubation difficile, d'inhalation, de sévère réponse hémodynamique suite à l'intubation et l'interaction médicamenteuse. L'anesthésie locorégionale pourrait exposer au risque d'hématome péridural et l'atteinte médullaire.

P. 106. Etude rétrospective des transferts aeriens des patients graves de l'ile de kerkennah

Auteurs : M.Hammami*, S. Boubakri, W.Souissi, R.Barkia, N.Mallek. N.Bayar
Service et Hôpital : *Reanimation, hôpital régional de Kerkennah, Sfax*

Introduction : Le transfert aérien inter-hospitalier (TAIH) vise à transporter les patients graves d'une structure médicalisée vers une autre structure hospitalière ou un plateau technique spécifique pour bénéficier d'une prise en charge optimale.

Le but de cette étude est d'analyser les caractéristiques cliniques, thérapeutiques des patients bénéficiant d'un TAIH de l'hôpital régional de Kerkennah, Tunisie.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive, sur une période de 3ans du janvier 2014 au décembre 2016, portant sur tous les patients consultants aux urgences ou hospitalisés à l'hôpital régional de Kerkennah ayant eu un TAIH. Le recueil des données portait sur les caractéristiques des patients, les données cliniques, les thérapeutiques mises en œuvre et l'issue évolutive.

Résultats : Soixante TAIH ont été assurés durant ces trois dernières années, soit 30%des transports inter-hospitalier (TIH). L'âge moyen de nos patients a été de 42 ans. La sex-ratio a été 2. Des antécédents pathologiques ont été notés dans 30% des cas. Il s'agit principalement d'une HTA (38%). Les principales causes ont été les traumatismes graves pour les jeunes hommes, puis les maladies cardiovasculaires et les maladies neurologiques pour les deux sexes. 10% des patients étaient des femmes enceintes ayant une grossesse à risque de complications maternelles ou fœtales et 3% étaient des nouveaux nés.

La majorité de nos patients ont été transférés sous oxygénothérapie, 40% ont nécessité la ventilation mécanique, 22% ont eu recours aux catécholamines, 3% ont eu un drain thoracique. La plupart des TAIH ont été assurés par des infirmiers et anesthésistes, 20% des TAIH ont été accompagnés par un infirmier ou une sage femme

Conclusion : Le transfert aérien inter hospitalier peut être effectué de manière sécuritaire et efficace; cependant, le manque d'avion ambulance et d'équipement médical appropriés, ainsi qu'une formation médicale et paramédicale professionnelle insuffisante limitent l'évolution de ce type de transfert.

P. 107. Can the Clinical Rockall Score predict outcome of Acute Non-Variceal Upper Gastro-Intestinal Bleeding?

Auteurs: S.Betbout, E.Mili, M.Khemili, K.Chaabani, H.Barketi, G.Barkallah, M.Bdioui, L.Stambouli, F.BenSalem, M.Gahbiche
Service et Hôpital : *Anesthésie réanimation, EPS Fattouma Bourguiba Monastir, Monastir, Tunisie*

Background: The Rockall risk scoring system uses clinical criteria and endoscopy to identify patients at risk of adverse outcomes after acute upper gastrointestinal bleeding (UGB). A clinical Rockall score (CRS) obtained using only the clinical criteria may be able to predict outcome without endoscopy. the aim of our study is to assess the CRS in predicting outcome (mortality and rebleeding) after Acute Non-Variceal (ANV) UGB.

Materiel and methods: We reviewed in a retrospective study during 2000-2012 the medical and CT scans of patients hospitalized for ANV UGB in our intensive care unit without any context of cirrhotic disease. We've been recorded all patients' clinical characteristics on admission and endoscopy findings. The CRS consists of 3 components: age, co-morbidity and shock index. The evolution of each patient (rebleeding, death related to hemorrhage) during hospital stay was recorded. These data were used to calculate and to assess the performance of CRS in predicting hospital mortality and rebleeding. Receiver-operating characteristic (ROC) curve and area under the curve (AUC) was determined for this score. The predictive value of score is good when AUC is above 0.7. Correlation between death/survival hospital and CRS was calculated. All statistical analyses were computed with the SPSS System 17.0 for Windows.

Results: We identified 161 cases (49 men and 112 women; mean age 62 ± 19 years). There were 67 patients (41,6%) considered to be at low risk of adverse outcomes (CRS 1-3) although they have required blood transfusion in 53/67 cases, surgery (25 cases) and death in 9/67 cases. Patients with a CRS >3 (n=94; 58,4%) considered to be at high risk of adverse outcomes, have rebleeding in 20/94, blood transfusion in 78/94 cases, surgery in one patient (5%) and death in 23/94 cases. The AUC was 0.61 (IC95% [0.5-0.71], p=0.051) for the prediction of mortality and 0.53 (IC95% [0.38-0.59], p=0.81) for rebleeding prediction.

Conclusion: We have shown that both a low CRS in patients with ANV bleeding without endoscopy, and a high CRS wasn't associated with adverse outcomes (rebleeding or mortality). CRS may predict mortality but CRS doesn't show credibility for predicting rebleeding. The results of Wang et al. validated the CRS in predicting patient outcome after ANV UGIB, which could help to identify low-risk patients for delayed, elective or outpatient endoscopy, whereas those at high risk could have urgent endoscopy and a higher level of hospital care. Tham and James showed that CRS can be a useful as a prognostic indicator for the patients with ANVUGIB. The use of the CRS may reduce the need for urgent endoscopy in low-risk patients, which can instead be carried out on a more elective outpatient basis.

Transfusion ,rebleeding and death according to CRS

	CRS=0	1=<CRS>3	CRS>=3	P
Transfusion	0			0,527
No		52	74	
Yes<24h		1	4	
Yes>24h		14	16	
Rebleeding	0			0,262
No		49	74	
Yes		18	20	
Death	0			0,061
No		58	71	
Yes		9	23	

P. 108. Evaluation des connaissances des infirmiers en matiere de prévention et prise en charge des escarres a l'hopital regional de Mahares

Auteurs : F.Medhioub, R.Allala, N.Baccouch, A.Nasri, M.Boujelbène
Service et Hôpital : *Service réanimation, Hopital régional Mahres*

Introduction : L'escarre, une pathologie connue depuis longtemps, demeure un enjeu de santé publique. Au cours des dernières décennies, l'étendue des connaissances et des recherches n'a cessé de croître et a conduit au développement de directives pratiques, d'outils d'évaluation du risque et de programmes de prévention.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude transversale descriptive simple basée sur l'approche quantitative menée auprès des infirmiers de quatre services de l'hôpital régional de Mahrès afin de décrire leurs connaissances en matière de prévention et prise en charge des escarres. La collecte des données a été réalisée du 10 au 20 Mars 2017. Le questionnaire a été administré auprès de 35 infirmiers.

Résultats : L'échantillon est formé de 35 soignants (infirmiers et anesthésistes) travaillant à l'hôpital régional de Mahrès repartis sur 6 services : hémodialyse, réanimation, maternité, médecine, chirurgie et bloc opératoire. La population étudiée était majoritairement jeune avec des extrêmes d'âge allant de 25 à 55 ans. L'ancienneté dans la profession était inférieure à 5 ans pour plus que 40% de notre population. La majorité des participants avait des connaissances suffisantes en ce qui concerne la définition de l'escarre (76%), le stade (100%) et la localisation (94.7%). Les interrogés possédaient des connaissances suffisantes des échelles de risque de l'escarre (échelle Genève (68.4%) et Waterlow (63.2%)). La fréquence d'évaluation du risque de survenue de l'escarre est estimée à 52.63%. La plupart des interrogés (94.73%) connaissaient plus que trois facteurs de risque de l'escarre. La majorité de notre population présentait un niveau acceptable et satisfaisant de connaissance sur la prévention des escarres. L'item le plus connu de cette dimension était « Le matériel de prévention ». Plus que le trois quart des participants (84.2%) connaissaient au moins un type de matelas. Par contre l'item le moins connu était « l'évaluation de l'état nutritionnel » avec seulement 63.16% des participants soulignait son importance. Plus que 90% des interrogés soulignaient l'intérêt de la mise en place d'un plan de soins au retour à domicile.

Conclusion : Nous pouvons affirmer que l'état actuel des acquis concernant l'escarre est satisfaisant au sein des services hospitaliers présentant des risques particuliers. L'accent doit être mis sur la prévention qui doit absolument constituer une priorité pour l'équipe soignante dès la prise en charge du patient hospitalisé.

P. 109. Profil épidemiologique des patients admis en Réanimation dans un Hôpital régional

Auteurs : M.A. Boujelbèn*, H. Kallel, D. Sakis, M. Tobich, S.Habacha, A. Ghorbel, S. Zaak, I Fathallah, N. Kouraichi

Service et Hôpital : *Hôpital Yasminette de Ben Arous, Service de Réanimation Médicale*

Introduction : Durant les trente dernières années, notre société a connu plusieurs changements socioéconomiques et démographiques, ce qui implique de nouveaux défis en matière de santé publique surtout avec l'amélioration relative de notre système sanitaire et le développement de la médecine d'une façon générale.

L'objectif de ce travail est de décrire le profil des patients hospitalisés en réanimation médicale dans un hôpital régional en Tunisie et d'identifier les facteurs indépendants liés à la mortalité.

Matériels et Méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective menée du 17 octobre 2016 (date d'inauguration du service) au 17 juillet 2017 dans une unité hospitalo-universitaire de réanimation médicale de 6 lits à l'Hôpital Yasminette de Ben Arous.

Nous avons recueilli les différentes caractéristiques, l'évolution et les issues de tous les patients hospitalisés durant cette période.

Résultats : 97 patients ont été hospitalisé durant une période de 9 mois avec un âge moyen à 55.9±20.6ans et une durée de séjour médiane à 8jours [4-15.5].

Le sex-ratio était de 2.34 et l'IGSII moyen était à 41.7±20.4 avec un taux de mortalité prédite à 28%. Les motifs d'admission les plus fréquents étaient l'insuffisance respiratoire aigüe (42.2%, n=41) dont 42.8%(n=18) sur une insuffisance respiratoire chronique ; et les défaillances multi-viscérales (15.4%, n=15).

82.5%(n=80) des patients nous ont été transférés de notre urgence locale.

La fréquence de l'insuffisance rénale aigu était à 45.5%(n=44). 6(6.2%) patients étaient insuffisants rénaux chroniques et 9(9.2%) patients ont nécessité le recours à l'hémodialyse avec en moyenne 3.33 séances par patient.

Le support ventilatoire a été sous forme d'une ventilation non invasive dans 37.1%(n=36) et d'une ventilation invasive dans 50.5%(n=49) avec une durée de ventilation médiane de 3.5jours [2-7] et de 5jours [3-17] respectivement. Pour faciliter le sevrage ventilatoire, 9(18.4%) des patients ont été trachéotomisé.

Le séjour en réanimation était émaillé de certaines complications détaillées dans le tableau 1. Le taux de mortalité était à 28.9%(n=28). L'analyse multivarié a identifié deux facteurs indépendants lié à la mortalité ; l'IGSII >= 55.5 (OR=8.03, IC95[2.52 ; 25.6], p<10-3) et l'insuffisance rénale aigue (OR=6.13, IC95[1.84 ; 20.37], p=0.03).

Tab 1. Fréquences des complications acquises en réanimation

COMPLICATION	Nombre	Fréquence(%)
Infection Nosocomiale	57	58,7
Pneumopathie acquise sous ventilation mécanique	22	38,5
Infection urinaire	12	21
Infection liée au cathéter veineux central	11	19,2
Infection liée au cathéter artériel	11	19,2
Endocardite infectieuse	1	2,1
Escarre	16	16,5
Candidose systémique	13	13,4
Polyneuromyopathie de réanimation	6	6,2

Conclusion : On a noté une forte incidence de la pathologie respiratoire et de l'insuffisance rénale aigue avec un recours dans 50.5% des cas à la ventilation artificielle invasive. La forte incidence de complications acquises en réanimation reste un problème majeur en Tunisie et nécessite la mise en œuvre de plusieurs réformes. Les deux facteurs indépendants liés à la mortalité étaient l'IGSII et l'insuffisance rénale aigue à l'admission.

P. 110. Intérêt de la lidocaïne tamponnee au cours de l'installation d'un cathéter a chambre implantable : etude prospective randomisée en double aveugle

Auteurs : F. Ferhi, S.Maaref*, M.Chniti, A Chakroun, M. Khedher, MA. Bousslema, K . Tarmiz, K . Benjezia
Service et Hôpital : *Service d'Anesthésie-Réanimation, CHU Farhat Hached, Sousse.*

Introduction : La douleur associée à l'infiltration de l'anesthésique local est attribuée en partie à son acidité. L'objectif de ce travail prospectif randomisé en double aveugle est d'étudier l'intérêt de la lidocaine à 2% tamponnée lors de la pose du cathéter à chambre implantable en onco-hématologie.

Méthodes : Après l'accord favorable du comité d'éthique locale, on a retenu 120 candidats pour la pose de cathéter à chambre implantable sous anesthésie locale. On a repartit ces candidats en 2 groupes : Groupe GP : patients ayant reçu 20ml d'anesthésique local mixé avec 5 ml de solution saline à 0.9%. Groupe GB : patients ayant reçu 20 ml d'anesthésique local mixé avec 5 ml du bicarbonate de sodium à 4.2%. L'injection de l'anesthésique local a été standardisée pour tous les patients. On a eu recours à l'échelle visuelle analogique (EVA) pour évaluer la douleur lors de l'injection de l'anesthésique local, au cours de la procédure, 2 et 6 heures après .On a noté également la survenue d'infection au site d'insertion dans les 30 jours suivants.

Résultats : Les données démographiques étaient similaires dans les 2 groupes .L'addition du bicarbonate a réduit significativement l'EVA au moment de l'infiltration de l'anesthésique local : 46±12mm dans GP vs 26 ±18 mm dans GB. Il n'y a pas de différence significative en ce qui concerne la douleur pendant la procédure, 2 et 6 heures après .Le temps d'installation de l'anesthésie locale était similaire dans les 2 groupes . Aucune infection n'a été reportée.

Conclusion : Le PH de la lidocaine à 2% est 4.2 soit 1000 plus acide que le PH physiologique. La réduction de l'acidité permet de réduire la douleur lors de l'infiltration et permettre une meilleure diffusion nerveuse. La lidocaine tamponnée reste stable pendant une semaine .Le tamponnement de la lidocaine constitue un moyen sure et efficace.

P. 111. Douze mois après hospitalisation dans une unité de soins intensifs digestifs : facteurs prédictifs de réhospitalisation et de mortalité

Auteurs : S.Khedher, C. Abdennebi*, W. Azaza, Salem.M.
Service et Hôpital : *Unité de soins intensifs digestif- EPS C. Nicolle- Tunis.*

Introduction : L'hospitalisation en réanimation est un événement brutal qui constitue une épreuve potentiellement grave. Elle affecte la qualité de vie du patient, nécessitant souvent plusieurs semaines avant un retour à l'état de base. Par ailleurs, elle peut aggraver le déclin de la fonction d'organe, principalement au cours des maladies chroniques du foie . Une meilleure connaissance de l'évolution médicale des patients survivants après hospitalisation en USI digestive semble être un sujet de réflexion. L'objectif de cette étude était de prédire la réhospitalisation et la mortalité à 1 an des patients hospitalisés en unité soins intensifs digestif (USID). Ceci permettrait une mise en place précoce de soins palliatifs, améliorant la qualité de vie et évitant des hospitalisations inutiles.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective observationnelle sur une année intéressant les patients survivants après une hospitalisation dans notre USID . Les variables recueillies étaient l'âge, le sexe, les scores de gravité à l'admission, l'utilisation (et sa durée) des antibiotiques, des vasopresseurs, les durées d'hospitalisation dans l'USI et la date du réadmission et de décès.

Résultats : 35 patients ont été inclus, dont 23 cirrhotiques (65,7%).L'âge moyen était de 61 ans. Une prédominance féminine a été constatée avec un sexe ratio de (0,52).Les patients avait dans 52% des cas un Child de classe B, le MELD était en moyenne de 13,31, le SOFA de 7 alors que L'IGSII était de 35,03.Le motif d'hospitalisation était représenté en premier lieu par l'encéphalopathie hépatique(EH) qui concernait 9 cas (25,7%), suivit par l'hémorragie digestive(HD) qui intéressait 8 patients(23%), vient ensuite l'infection du liquide d'ascite qui était le motif chez 5 patients(14,3%).La cirrhose était décompensée sur le mode Oedémato-ascitique dans 62% des cas .9 patients ont présenté une altération de l'état hémodynamique (25,7%)dont 6 ont nécessité le recours à la Noradrénaline. Une déglobulisation supérieure à 3 gr/dl a était noté chez 10 patients (28,6%) dont 9 ont nécessité la transfusion .La mise sous sandostatine a concerné 20 patients .Une fibroscopie oeso-gastro-duodénale à était pratiqué chez 24 patients (68,6%) et a montrée majoritairement, dans 11 cas (32,4%), des Varices Œsophagiennes(VO) grade2 avec signes rouges.4 patients ont bénéficié d'une ligature élastique des VO au cours de leurs hospitalisation. Une infection documentée à l'admission était constatée chez 16patients (45,7%).11 patients(31,42%) ont nécessité une réhospitalisation, celle –ci est survenue après un mois dans 44,4% des cas, et après 2mois dans 22,2% des cas .La cause de réhospitalisation était une EH dans36% et une infection du liquide d'ascite dans 18% .La mortalité à 3mois était de 7% et la mortalité à 6mois de 3%.Les facteurs prédictifs de mortalité à 3mois statistiquement significatifs étaient un état de choc (p=0.017)et le recours à la noradrénaline(p=0,00).Des hémocultures positives(p=0,042) et un état de choc (p=0,03)étaient, quant à eux, statistiquement prédictifs de la mortalité à 6mois.

Conclusion : L'admission dans un milieu de réanimation constitue souvent un tournant évolutif dans la pathologie chronique des patients admis. Un tiers d'entre eux nécessiteront une réadmission dans l'année qui suit. L'identification des facteurs prédictifs de mortalité permettrait d'améliorer leur survie.

P. 112. Impact du jour et de l'heure d'admission sur la mortalite en réanimation

Auteurs : S.Nekaa, O.Jaoued, N.Tilouche, M.Lahmer, R.Gharbi, M.Fekih Hassen, S.Elatrous
Service et Hôpital : *Réanimation Médicale EPS Tahar Sfar Mahdia*

Introduction : Les premières heures de la prise en charge des patients admis en réanimation sont cruciales. Les personnels médicaux et les moyens techniques disponibles sont différents entre la période de garde et les autres horaires. Cette différence peut avoir une influence la mortalité. Objectifs : Déterminer l'impact du jour et de l'heure de l'admission sur la morbi-mortalité en réanimation.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude de cohorte, rétrospective réalisée au service de réanimation médicale EPS Taher Sfar Mahdia entre janvier et juillet 2016 . Tous les patients hospitalisés durant cette période ont été inclus. Les paramètres recueillis sont : les caractéristiques démographiques, jour et heure d'admission, le score de SOFA, le SPSSII, la durée de ventilation mécanique, la durée de séjour et la mortalité. Les patients ont été repartis initialement en deux groupes : G1 non weekend, G2 : weekend. Par la suite on a réalisé une deuxième analyse en fonction de l'heure de l'admission ;.Deux groupes ont été individualisés : GI : groupe garde (18h-08h) et G2 groupe non garde . Le critère de jugement principal était la mortalité. Les critères de jugement secondaires étaient : la durée de ventilation mécanique, la durée de séjour et le délai de mise en route thérapeutique.

Résultats : Durant la période de l'étude 145 patients ont été admis dans le service. La moyenne d'âge était 58 ans ±19 ans, le score de SAPS II était 36±21 . le recours à la ventilation mécanique était indiqué dans 80ù des cas (Invasive dans 45% des cas et non invasive dans 35% des cas). La mortalité globale était de 24%. Quarante trois patients (30%) étaient admis dans le weekend. Il n'y avait pas de différence significative entre le groupe weekend et non weekend concernant le score de SOFA, SAPSII, le recours à la ventilation mécanique ou aux drogues vasoactives. La mortalité était de 30% dans le groupe weekend contre 21% dans le groupe non weekend (p=0.26). Soixante sept patients (46%) étaient admis pendant les gardes. Il n'y avait pas de différences significatives concernant les scores de gravité, la durée de ventilation mécanique et la durée de séjour entre le groupe garde et non garde. La mortalité était 22% dans le groupe garde contre 26% dans l'autre groupe (P>0.05). En analyse multi variées, le score SAPSII (OR = 1.070, IC 95% (1.027-1.114)p=0.02) et le recours à l'épuration extrarénale (OR=5.33, IC 95% (1.048-27.132) p=0.049) ; étaient les facteurs prédictifs de la mortalité.

Conclusion : Notre étude n'a pas montré une différence en terme de mortalité, durée de ventilation mécanique et durée de séjour selon l'heure ou le jour de l'admission.

P. 113. Functional status after one year of post ICU discharge

Auteurs : J. Baroudi1, N. Fraj1, J. Ayachi1, K. Meddeb1, E. Ennouri1, W. Zarrougui1, N. Sma1, M.A. Boujelbèn1, A. Ben Abdelhafidh1, H. Kallel1, I. Chouchene1, A. Azouzi1, A. Khedher1, I. Ben Saida1, M. Boussarsar1,2

Service et Hôpital: *1Farhat Hached University Hospital, Medical Intensive Care Unit, Sousse, Tunisia, 2Ibn Al Jazzar Faculty of Medicine, Research Laboratory N° LR14ES05 Interactions of the Cardiopulmonary System, Sousse, Tunisia*

Introduction: Independence in activities of daily living was absolutely decreased after the ICU stay and quality of life is altered. The major challenge for medical staff is to decrease mortality and to improve functional status for critically ill patients after discharge. The effects of an ICU stay in patients with severe illness and comorbidity on autonomy and functional capacity is certainly important. Objectives: To evaluate functional autonomy and to quantify the physical and mental activity in daily life in long term ICU survivors.

Methods: A prospective cohort study was conducted with a followup from hospital discharge to 12 months after for ICU survivors during the period from January 2014 to December 2015. Functional status was assessed by evaluation of autonomy for all survivors using Activities of daily living (ADL)(1) and Instrumental activities of daily living (IADL) (2) scales in telephone interviews with patient or their proxies.

Results: During the predetermined period of data collection, the follow up concerned 280 patients. Only 215(77%) patients responded. Among a total of 215 patients, 152(71%) patients survived to 12 months. At the time of interview, 180(84%) patients survived independently without specialized care. The median values of ADL/IADL scales were respectively 4 and 6. The proportion of those reporting combined difficulties in ADL (< 3) or IADL (< 5) were respectively 16% and 8.6% with more patients reporting difficulty with ADL than IADL. There were significant differences between patients with or without difficulties; in age (45,5±22,5 vs 54,3±21,1 ; p=0.02) ; comorbidities of cancer (4(11,1%) vs 5 (2,9%) ; p=0.02) ; clinical diagnosis (neurological diagnosis at ICU admission for 13 patients (36,1%) vs 16 patients (9,1%) ; p=0.000), invasive therapy such as tracheostomy (6(16,7%) vs 8(4,6%) ; p=0.0008) and nosocomial infection for (13(36,1%) vs 31 (17,8%) ; p=0.01).

Conclusions: Partial and moderate reduction in physical activity, exercise capacity was detected in critically ill patients, but persisting even 12 months after hospital discharge. Neurological critical illness is the strongest factor associated with difficulties in daily living activity.

P. 114. Characteristics of patients and predictor factors of mortality after ICU discharge. One year survey

Auteurs : J. Baroudi 1, K. Meddeb 1, N. Fraj 1, J. Ayachi 1, N. Sma 1, M.A. Boujelbèn 1, E. Ennouri 1, H. Kallel 1, W. Zarrougui 1, A. Ben Abdelhafidh 1, I. Ben Saida 1, I. Chouchene 1, A. Khedher 1, A. Azouzi 1, M. Boussarsar 1,2

Service et Hôpital : *1Farhat Hached University Hospital, Medical Intensive Care Unit, Sousse, Tunisia, 2Farhat Hached University Hospital, Research Laboratory N° LR14ES05 Interactions of the Cardiopulmonary System, Sousse, Tunisia*

Background : ICU survivors, have a high and ongoing risk of death after ICU discharge. Objectives : To investigate the patients' profile after ICU discharge during 1 year and to determine prognostic factors in long term mortality.

Methods : An observational prospective cohort study including all survivors, after an ICU stay in medical ICU between January 2014 and December 2015. Patients were followed up via phone calls at 3, 6 and 12 months after discharge. A multivariate Cox model was used to predict 1 year survival. Factors associated with long term mortality were presented as a hazard ratio (HR). The overall survival was analyzed on the basis of the Kaplan Meier curves. A P value lower than 0.05 was accepted as significant.

Results : Among 325 ICU survivors only 215 were followed. The overall cumulative rate of death in hospital survivors was 63(29%) patients after 1 year of ICU discharge. Median survival time was 30 days. Clinical features of deaths were: Mean age 58.6±2.3years, mean Charlson index 2.61±1.8 mostly involving chronic respiratory disease n=108(50.6%) and chronic heart failure n=99(46%). Physiological reserve was altered in 129(60%) before ICU admission. ICU admissions were more often for acute respiratory illness in 160 patients(74.6%) and mean SAPSII was 34.9±13. 109 patients(51%) received invasive mechanical ventilation. 28(44,4%) required inotropic agents. The most common ICU adverse events were respectively acute renal failure 26(41.3%), cardiac arrhythmia 21(33.3) and nosocomial infection in 13 (20.6%). Autonomy was reduced in 86(40%) of patients. ICU length of stay was 9.3±10.9 days. Multivariate Cox regression analysis shows only two independent variables associated with long term mortality: Physiological reserve status before ICU(HR, 2.02 ; 95%CI, [1.15 3.51] ; p=0.013), and reduced autonomy at ICU discharge (HR, 2.01 ; 95% CI, [1.16 3.46], p= 0,012).

Conclusion : Post ICU mortality rate proves to be high. Death delay after ICU was significantly shortened by altered physiological reserve prior to ICU admission and autonomy at ICU discharge.

P. 115. Risk factors of readmission after ICU discharge. One year survey

Auteurs : J. Baroudi 1, M.A. Boujelbèn 1, N. Fraj 1, K. Meddeb 1, N. Sma 1, E. Ennouri 1, H. Kallel 1, W. Zarrougui 1, A. Ben Abdelhafidh 1, I. Chouchene 1, A. Azouzi 1, A. Khedher 1, I. Ben Saida 1, J. Ayachi 1, M. Boussarsar 1,2

Service et Hôpital : *1Farhat Hached University Hospital, Medical Intensive Care Unit, Sousse, Tunisia, 2 Ibn Al Jazzar Faculty of Medicine, Research Laboratory N° LR14ES05 Interactions of the Cardiopulmonary System, Sousse, Tunisia*

Introduction: Surviving intensive care stay important, but readmission after ICU discharge is associated with increased risk of mortality and poor prognosis. The epidemiology of ICU readmission remains unknown in Tunisia. To focus on patients at risk of readmission, could help health caregivers to improve their ICU discharge.Objectives: To identify the frequency and factors associated with hospital readmission after ICU discharge.

Methods: An observational prospective cohort study was performed in a Tunisian medical ICU from January 2014 to December 2015 involving survivors after ICU stay. An analysis of collected data from all patients readmitted to the hospital wards or ICU during 12¬month period after their ICU stay was conducted. A between group¬comparison of patients who were readmitted and not readmitted to ICU was performed. Significant factors with a p value of < 0.2 were entered into a backward conditional binary logistic regression to determine independent factors leading to hospital readmission.

Results: In this prospective study, 71(33%) patients were readmitted. The first hospital readmission occurred within a median of 89[1¬365] days. 37(56%) were readmitted within the first month. 120(56%) were readmitted in the ICU and 23 (11%) in the pulmonology department. The most common reason for readmission was respiratory disorders for 47(66%) patients. 7(10%) persons were readmitted for sepsis and a further 12(17%) were readmitted for a cardiovascular event. Multivariate analysis, identified significant independent factors for re¬admission were found to be coronary heart disease (OR, 2.7 ; 95%CI, [0.96¬8.02] ; p=0.05) and physiological reserve (OR, 2.6 ; ; 95%CI, [1.5¬4.6] ; p=0.001) as the two independent associated factors with post ICU readmission.

Conclusions: The present study revealed a high risk of post ICU readmission in a Tunisian medical ICU. Physiological reserve and coronary heart disease were identified as independent associated risk factors.

P. 116. Les brulés graves: l'experience du service de Réanimation Médicale du chu farhat hached, Sousse.

Auteurs : N. Fraj1, A. Khedher1, W. Zarrougui1, E. Ennouri1, N. Sma1, S. Kortli1, D. Slama1, A. Zelfani1, I. Ben Saida1, A. Azouzi1, J. Ayachi1, I, M. Boussarsar1,2

Service et Hôpital: *1Farhat Hached University Hospital, Medical Intensive Care Unit, Sousse, Tunisia, 2Ibn Al Jazzar Faculty of Medicine, Research Laboratory N° LR14ES05 Interactions of the Cardiopulmonary System, Sousse, Tunisia*

Introduction: Les brûlures graves représentant un motif fréquent d'admission en réanimation sont devenues un fléau social en Tunisie et un véritable problème de santé publique. Cette augmentation exponentielle des cas de brulés graves se heurte à une offre de soins prodigués par des centres spécialisés bien inférieure.

Objectifs: étude clinique et pronostique à travers le rapport des 5 premiers cas.

Methodes : étude rétrospective descriptive, analysant les 5 dossiers de brûlés graves pris en charge au service de réanimation médicale au CHU Farhat Hached, Sousse dans les deux années 2016 et 2017. Ont été analysés les caractéristiques socio démographiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives de ces brulés.

Résultats : Au total cinq malades ont été enregistrés et pris en charge pour brulures graves. La population était plutôt jeune (21-44 ans), prédominance masculine (4/5), tous les malades étaient sans antécédents médicaux connus, le motif était une autolyse dans 90% des cas, le mécanisme était thermique dans 100% des cas. 3/5 ont subi des transferts inter hospitaliers avec un délai d'admission variant entre 24 et 48 heures. La surface brulée était estimée entre 40 et 85%. La gravité initiale des patients est résumée dans le tableau1.

patient	ABSI*	SAPS** II	Na	lactates	Créat	CPK	Hb	complication
1	8	47	137	2.5	98	138	18.2	SDRA
2	10	15	136	2.13	61	1949	15.9	Choc septique
3	13	35	135	5.8	239	/	13.7	Choc septique
4	12	36	142	3.1	106	...	1247	SDRA Choc septique
5	8	20	138	4.5	94	204	17.7	-

La Formule de remplissage des premières 24 heures utilisée était la formule de Parkland. Le cristalloïde utilisé était le Ringer lactate. Tous les malades étaient sous noradrénaline et ventilation mécanique invasive. La durée de ventilation mécanique oscille entre 3 et 18 jours et la durée de séjour entre 3 et 21 jours. Seulement deux survivants ont été enregistrés et adressés dans un service spécialisé des brulures pour greffe cutanée

Conclusion: Cette première expérience avec les brulés graves nous heurte à un pronostic sévère. Ceci pourrait être amélioré par la courbe d'apprentissage des prescripteurs et des soignants l'adaptation des ressources.

P. 117. Severe Anaphylaxis caused by flaxseed intake: A case report

Auteurs : S.Kortli1, Khedher1, N.Sma1, N.Fraj1, W.Zarrougui1, E. Ennouri1, D.Slama1, A.Zelfani, I. Ben Saida1, A. Azouzi1, A., J. Ayachi1, M. Boussarsar1,2

Service et Hôpital : *1Farhat Hached University Hospital, Medical Intensive Care Unit, Sousse, Tunisia, 2Ibn Al Jazzar Faculty of Medicine, Research Laboratory N° LR14ES05 Interactions of the Cardiopulmonary System, Sousse, Tunisia*

Background : Flaxseeds are the seeds of plants belonging to the Linaceae family. They are increasingly used in natural medicine and cosmetology, linked to the potential therapeutic effects reported on flax in the prevention of cardiovascular diseases, cancer and aging. Only very some isolated cases of life threatening allergic reaction related to Flax have so far been published.

Case report : We report here the case of a 60 year-old woman with a past history of persistent severe allergic asthma. Few minutes after ingestion of flaxseed, she experienced a severe acute systemic hypersensitivity reaction grade 3 according to RING and MESSMER classification. In fact, the patient complained initially of nausea, vomiting, anxiety and then appeared generalized urticaria with pruritus. These symptoms were quickly followed by rapid onset of severe acute respiratory failure with bronchospasm requiring mechanical ventilation, steroids and short acting beta agonist and anaphylactic shock managed by fluid challenge and continued infusion of epinephrine. Main lab tests showed high level of eosinophils and lactic acidosis. Naranjo algorithm was at 8 (probable). A good evolution was observed with an improvement of respiratory failure and resolution of the obstructive ventilatory disorder and shock enabling weaning and extubation at day 3 of ICU stay and discharge at day 5. Pricks tests, total and specific IgE antibody were not performed.

Conclusion : We present a case of flaxseedrelated anaphylaxis in an atopic patient with preexisting asthma.This underlying condition have probably enhanced the severity of the clinical presentation. More concern should be considered in the investigation of patients with suspected allergic reactions to cereals and other grains.

P. 118. Facteurs prédictifs de mortalite chez les sujets agés en Réanimation

Auteurs : D.Ben Braiek*(1), O.Beji(1), R.Atig(1), N.Guizani(1), M.Zghidi(1), M.Ben Rejeb(2), H.Hmouda(1)

Service et Hôpital : *(1) Service de réanimation médicale du CHU Sahloul Sousse (2) Service de Prévention et de Sécurité de Soins du CHU Sahloul Sousse*

Introduction : La transition démographique que connait la Tunisie ces dernières décennies a fait que les sujets âgés représentent une part de plus en plus importante de la population. En dépit d'une physiologie particulière ainsi que d'une fréquence de comorbidités accrues, il est établi par certains auteurs qu'une mortalité plus importante pourrait accompagner le vieillissement, seulement l'âge seul ne représenterait pas un prédicteur puissant pour la mortalité. L'objectif de ce travail est de décrire cette population particulière que représentent les personnes âgées admises en réanimation médicale ainsi que les facteurs prédictifs de mortalité.

Méthodes : Etude transversale analytique monocentrique sur une période de 4 ans allant du 1er janvier 2013 au 31 décembre 2016. Les patients âgés de 65 ans ou plus à l'admission en réanimation, quelle que soit la pathologie présentée, ont été inclus.Les patients admis d'emblée pour fin de vie ont été exclus. Les données anamnestiques, cliniques, biologiques ainsi que les modalités évolutives ont été recueillies à partir des dossiers des malades sur une fiche renseignements préétablie.

Résultats : Durant la période d'étude, 97 patients ayant un âge de 65 ans ont été colligés soit 25,7% du total des admissions. Dans notre population, 53,6% des patients étaient des hommes, soit un sex ratio de 1,15. L'âge moyen des patients était de 75 ± 7 ans. La défaillance respiratoire était le motif d'hospitalisation le plus fréquent (78,4%), la pneumopathie aigue communautaire en était l'étiologie principale (70,1%), suivi par la défaillance circulatoire (48,5%) essentiellement l'état de choc septique (36,1%). Les moyennes des scores de gravité APACHE II, SAPS II et SOFA dans

notre population étaient respectivement 22±10 ; 40±11 et 7±4. Parmi les 97 patients, 52,6% ont nécessité le recours à la ventilation artificielle invasive. 57,7% des patients avaient eu recours aux drogues vasoactives. 79 patients soit 81,4% ont eu une anticoagulation préventive. Les complications les plus fréquentes étaient d'ordre hémodynamique (80,4%) puis les infections nosocomiales (51,5%) surtout pulmonaires (36,1%), l'insuffisance rénale (57,7%) et les troubles électrolytiques à type de dyskaliémie (68%) et de dysnatrémie (43,3%). La charge en soins en réanimation a été calculée par le score Oméga. Le score Oméga/jour dans cette étude était de 14±8. La durée moyenne de séjour en réanimation était de 11,8 ± 11,1 jours. Vingt-deux pourcent des sujets âgés de l'étude sont décédés. L'analyse multivariée nous a permis de mettre en évidence, comme facteur prédictif indépendant de mortalité chez les patients âgés en réanimation ; les scores de gravité SAPS II (p=0,003), APACHE II (p=0,01) et comme facteur protecteur indépendant contre la mortalité le recours à l'anticoagulation au cours du séjour en réanimation (p=0,01).

Conclusion : La prise en charge des sujets âgés dans un milieu de réanimation est un enjeu de santé publique. Selon notre étude, l'âge avancé des patients ne constitue pas un facteur de mauvais pronostic en réanimation, seulement la gravité de la maladie représente bien un facteur prédictif indépendant associée à la mortalité. L'anticoagulation semble être un facteur protecteur indépendant.

P. 119. Predictors of one year mortality rate for AE/COPD ICU-admitted patients

Auteurs : I.Ben Saida 1, W.Zarrougui 1, E.Ennouri 1, N.Fraj 1, M.Limam 2, J.Ayachi 1, N.Sma 1, A.Khedher 1, A.Azouzi 1, M.Boussarsar 1,3

Service et Hôpital : *1. Farhat Hached University Hospital, Medical Intensive Care Unit, Sousse, Tunisia, 2. Farhat Hached University Hospital, Department of family and community medicine, Sousse, Tunisia 3. Ibn Al Jazzar Faculty of Medicine, Research Laboratory N° LR14ES05*

Background: Acute exacerbations of COPD (AE/COPD) is one of the most common causes of admission in the intensive care unit (ICU). The prognosis of COPD requiring ICU seems to be poor with high in-hospital and long-term mortality. Predictors of post ICU mortality for those patients are still not well defined.

Objectives: This study was carried out to define the predictors of one year mortality in patients admitted to the ICU with AE/COPD.

Methods: A prospective cohort study was performed in a Tunisian medical ICU between 2014 and 2016. A follow-up was performed on ICU survivors admitted for AE/COPD during 1-year using phone interviews. Univariate and multivariate analyses were used to predict 1 year mortality. Stepwise backward elimination was performed to identify independent factors, with retention of predictors with $p < 0.2$.

Results: Among 119 patients admitted for AE/COPD in ICU during the study period, 76(63.8%) patients were discharged alive. The mean age was 67.24±10.9years. 85% were male. Exacerbations were mainly caused respectively by: tracheobronchitis, 49(81.7%), community acquired pneumonia, 5(8.3%), lung edema 4(6%) and bronchial hyperresponsiveness, 2(3.3%). 36(60%) required intubation, and the median duration of mechanical ventilation (MV) was 2 days with extremes ranging from 0 to 21days. 30(39.5%) required inotropic agents. The most common ICU adverse events were respectively acute renal failure 20(26.3%), cardiac arrhythmia 21(35%), nosocomial infection in 9(15%) and difficulty in weaning 10(13.2%). The in-hospital mortality rate for the study group was 36%.

The follow up was performed for 60(79%). The mortality rate at one year was 33.33%. Univariate analysis three factors associated with one year fatal outcome; invasive mechanical ventilation (p=0.0015), WHO performance status (p=0.000) and decline in functional status (p=0.000). Multivariate logistic regression analysis showed only two independent variables associated with long term mortality; SAPS II (HR, 1.14 ; 95%CI, [1.04- 1.25] ; p=0.004) and performance status at discharge (HR, 3.11 ; 95%CI, [1.55- 6.23] ; p=0.001).

Conclusion: In the present study, severity of illness and physiological reserve at discharge were identified as independent predictors of long term mortality after ICU discharge in AE/COPD. Therefore, caregivers should allocate adequate strategies for the prevention and control of COPD patients.

P. 120. Clinical characteristics and long-term outcomes of elderly survivors of intensive care (ICU)

Auteurs : I.Ben Saida 1, E.Ennouri 1, W.Zarrougui 1, N.Sma 1, M.Limam 2, N.Fraj 1, J.Ayachi 1, A.Khedher 1, A. Azouzi 1, M.Boussarsar 1,3

Service et Hôpital: *1. Farhat Hached University Hospital, Medical Intensive Care Unit, Sousse, Tunisia, 2. Farhat Hached University Hospital, Department of family and community medicine, Sousse, Tunisia 3. Ibn Al Jazzar Faculty of Medicine, Research Laboratory N° LR14ES05*

Background: Due to advancements in medical technology and management of illnesses, an increasing proportion of critically ill patients are elderly (≥ 65 years). Few information is available on the prognosis of these patients after ICU discharge.

Objectives: The aim of this study was to analyze the clinical characteristics and long-term outcomes of elderly patients (≥65years) admitted to an intensive care unit (ICU).

Methods: Monocentric, prospective observational study was performed. All elderly survivors (aged ≥65 years) after an ICU stay in a medical Tunisian ICU between January 2014 and December 2015 were included. Data collected were, clinical features at admission, acute management procedures, functional characteristics, vital parameters (Blood Pressure, Heart Rate, ABG's) and routine biological assessment at ICU discharge. Patients were followed during one year via phone calls. A multivariate regression analysis was used to identify risk factors for one-year mortality.

Results: During the two-years study period, 102 elderly patients were discharged alive. 60(58.8%) were male. Clinical features of elderly survivors were: Mean age, 74.9±6.54 years; median of Charlson index, 2 [0-7] ; Chronic respiratory disease, 70(68.6%) ; hypertension, 46(45.1%) and diabetes 39(38.2%). The most common reason for admission was acute respiratory failure in 80(78.43%) patients and mean SAPS II was 34.9±9.7. 45(44.1%) patients required invasive ventilatory support, 43(42.2%) vasoactive drugs and 3(2.9%) received renal replacement therapy. The median of ICU length of stay was 6 [1-64] days. The follow up was possible for 80(78.4%) patients. Mortality rate at one year was 37.5%. Predictors of one-year fatal outcome in univariate analysis were as follows: SAPS II (p=0.009), Heart rate at discharge (p=0.039), decline in functional status (p=0.000), World health organization (WHO) performance status at discharge (p=0.000) and readmission within one month (p=0.000). Multivariate regression showed that only SAPS II (OR, 1.11 ; 95%CI, [1.02- 1.20] ; p=0.01), WHO Performance status at discharge (OR, 3.64 ; 95%CI, [1.92- 6.9] ; p=0.000) and heart rate (OR, 1.06 ; 95%CI, [1.01- 1.12] ; p=0.01) were independent risk factors of one-year mortality.

Conclusion: This study suggests that age and comorbidities should not be exclusion criteria for ICU admission. In the long-term only SAPS II, performance status and heart rate were significantly associated with one-year mortality in the elderly ICU survivors.

P. 121. Short term outcomes following acute exacerbation of COPD admitted to intensive care unit (ICU)

Auteurs : I Ben Saida 1, W Zarrougui 1, E Ennouri 1, N Fraj 1, M Limam 2, J Ayachi 1, N Sma 1, A Khedher 1, A Azouzi 1, M Boussarsar 1,3

Service et Hôpital : *1. Farhat Hached University Hospital, Medical Intensive Care Unit, Sousse, Tunisia, 2. Farhat Hached University Hospital, Department of family and community medicine, Sousse, Tunisia, 3. Ibn Al Jazzar Faculty of Medicine, Research Laboratory N° LR14ES*

Background: Worldwide, chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a major cause of morbidity and mortality. It is projected to become the third leading cause of death worldwide by 2020. Exacerbations are major events in the course of the disease, especially when ICU admission is required. Factors that determine short term outcomes of patients with COPD surviving to ICU are not yet well understood.

Objectives: To assess short term outcomes and their potential determinants in patients admitted to the ICU for AECOPD.

Methods: An observational prospective cohort study performed in a medical adult ICU. The study included all COPD survivors after ICU admission. Data were collected between January 2014 and December 2015 and the outcomes were assessed by telephone interviews at 1, 3 and 6 months after ICU discharge. Factors associated with post hospital mortality are presented as odds ratios.

Results: Among 119 patients admitted in ICU for AECOPD during the study period, 76(63.8%) patients were discharged alive and the follow up was possible in 60 patients. 18 (30%) patients were readmitted within 3 months and 13(21.6%) during the first month. In univariate analysis, risk factors of early readmission were heart rate at discharge (p=0.03), decline in functional status and transfer from ICU to general wards (p=0.015). Predictors of one-month readmission were severity at admission evaluated by SAPS II (OR, 1.17 ; 95%CI, [1.009-1.37] ; p=0.038), decline in

functional status at discharge (OR, 49.3 ; 95%CI, [4.2- 575.9] ; p=0.002) and transfer to general wards (OR, 28.7; 95%CI, [1.6-510.2]; p=0.02).

One month mortality rate was 13.3%. In univariate analysis, risk factors of one month fatal outcome of patients admitted for AECOPD were SAPS II (p=0.03), mMRC score (p=0.026), WHO performance status at discharge (p=0.021) and decline in functional status (p=0.01). Independent predictors of 30-day mortality were SAPS II (OR, 1.14 ; 95%CI, [1.03-1.26] ; p=0.007) and WHO performance status at discharge (OR, 3.32 ; 95%CI, [1.38-7.97] ; p=0.007).

Conclusion: Disease severity at ICU admission and decline in physiological reserve demonstrated as salient prognostic factors after ICU .

P. 122. Etude analytique de la mortalité au service de réanimation des brûlés

Auteurs : L. Ben Gharsallah; B. Gasri; D. Sakis; A. Khaled; H. Amri; A. Laajili; S. Abid; I.Rahmeni; A. Mokline; AA. Messadi.

Service et Hôpital : *Service de réanimation des brûlés. Centre de traumatologie et des grands brûlés*

Introduction : La mortalité par brûlure demeure un véritable problème à travers le monde, spécialement dans les pays en développement où la prise en charge des brûlés demeure un véritable challenge. Le but de notre étude est d'évaluer l'incidence et les facteurs de risque prédictifs de décès chez les brulés hospitalisés en réanimation.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et analytique. Ont été inclus tous les patients décédés au service de réanimation des brûlés entre le 1er Janvier 2016 et le 31 Décembre 2016.

Résultats : Durant la période d'étude, 323 malades ont été hospitalisés dont 154 transferts secondaires (48%). La mortalité était de 28,5% (n=93). Elle était précoce, dans un délai de 3 jours, en rapport avec un état de choc hypovolémique dans 19% et tardive, avec un délai de 15 jours, en rapport avec un état de choc septique dans 77% des cas. Les caractéristiques épidémiologiques et pronostiques des décès sont résumées (cf tableau 1). Les brûlures étaient en rapport avec une tentative de suicide dans 48% des cas et un accident domestique dans 34% des cas. Il s'agissait d'un transfert secondaire dans 66,7% dont la moitié sans accord préalable. Le délai de transfert était de 35 heures. Dans notre série, 45,6% des décès étaient en état de choc à l'admission, associé à une insuffisance rénale aigue dans 29% des cas. Le recours à la ventilation mécanique était nécessaire dans 45,7% des cas. La mortalité était plus élevée chez les patients transférés secondairement 66% vs 34% chez les patients admis via les urgences. Les facteurs de risque de décès précoce étaient (cf tableau 2).

Conclusion: Il ressort de notre étude que la médicalisation initiale du brûlé grave est inadaptée, est associée à une mortalité accrue (66% vs 34%). Une sensibilisation quand à la réanimation hydroélectrolytique initiale est nécessaire, afin d'éviter l'insuffisance circulatoire aigue, principale cause de mortalité précoce.

TABLEAU 1 : CARACTÉRISTIQUES ÉPIDÉMIOLOGIQUES ET PRONOSTIQUES DES DÉCÈS

Age	43,28 ± 18
Sex ratio	1,8
SCB	51,13 ± 26
UBS	125 ± 110
ABSI	8,74 ± 3
IB	93,41 ± 31

TABLEAU 2 : FACTEURS DE RISQUE DE DÉCÈS PRÉCOCE

		P
SCB	67,6 ± 29	0,000
IB	111,30 ±35	0,001
ABSI	10,30 ±3	0,006
UBS	213,80 ±143	0,000
Etat de choc	69%	0,008
Insuffisance rénale	39%	0,001

P. 123. Short term outcomes of elderly survivors of intensive care in a Tunisian medical ICU

Auteurs : I Ben Saida 1, E Ennouri 1, W Zarrougui 1, J Ayachi 1, M Limam 2, N Fraj 1, N Sma 1, A Khedher 1, A. Azouzi 1, M Boussarsar 1,3

Service et Hôpital : *1. Farhat Hached University Hospital, Medical Intensive Care Unit, Sousse, Tunisia 2. Farhat Hached University Hospital, Department of family and community medicine, Sousse, Tunisia 3. Ibn Al Jazzar Faculty of Medicine, Research Laboratory N° LR14ES05 In*

Background : Given the worldwide rapidly ageing of the population, the demand of critical care for elderly is increasing. Data on short-term outcomes of elderly (≥65 years) patients after ICU discharge are sparse. Knowing more about post critical care outcomes of elderly may influence caregivers' decision making at admission and at discharge and thus allow them a better allocation of limited resources.

Objectives : To assess short term outcomes of elderly after ICU discharge and their potential risk factors.

Methods : An observational prospective cohort study performed in a medical adult ICU. The study included all elderly survivors (≥65 years) after ICU admission. Data were collected between January 2014 and December 2015 and the outcomes were assessed by telephone interviews at 1 month after ICU discharge. Factors associated with readmission and post-hospital mortality are presented as odds ratios.

Results : During the two years study period, 102 elderly patients were discharged alive. The follow up was possible for 80(78.43%) patients. 24(30.1%) patients were readmitted within 3 months after their discharge among them 17(21.3%) patients were readmitted during the first month. Predictors of one-month readmission in univariate analysis were coronary disease (p=0.027), SAPS II (p=0.019) and decline in functional status (p=0.00). In multivariate analysis, SAPS II (OR, 1.066 ; 95%CI, [1.001-1.135] ; p=0.047) and decline in functional status (OR, 15.17 ; 95%CI, [3.7- 61.6] ; p=0.000) were the independent predictors of early readmission.

Mortality rate at 1 month was 22.5%. Risk factors of one-month mortality in univariate analysis were SAPS II (p=0.002), heart rate at discharge (p=0.031), WHO performance status at discharge (p=0.000) and decline in functional status (p=0.000). In multivariate analysis, independent predictors of 30-day mortality were SAPS II (OR, 1.11 ; 95%CI, [1.03-1.19] ; p=0.005), decline in functional status (OR, 7.7 ; 95%CI, [1.75- 34.03] ; p=0.007) and WHO performance status (OR, 2.43 ; 95%CI, [1.33-4.43] ; p=0.004).

Conclusion: The present study supports previous findings of good early survival of elderly after ICU stay. Comorbidities don't have an important impact on short term outcome after critical illness, which is most strongly predicted by severity of illness on ICU admission and physiological reserve at discharge. Physicians should incorporate these factors in their decision-making process.

P. 124. One year outcomes of icu survivor's patients after an acute exacerbation of a chronic respiratory disease (AE/CRD)

Auteurs : J. Baroudi1, I. Ben Saida1, K. Meddeb1, J. Ayachi1, N. Fraj1, M.A. Boujelbèn1, E. Ennouri1, H. Kallel1, W. Zarrougui1, A. Ben Abdelhafidh1, A. Azouzi1, A. Khedher1, I. Chouchene1, M. Boussarsar1,2

Service et Hôpital : *Farhat Hached University Hospital, Medical Intensive Care Unit, Sousse, Tunisia, 2.Ibn Al Jazzar Faculty of Medicine, Research Laboratory N° LR14ES05 Interactions of the Cardio-pulmonary System, Sousse, Tunisia*

Background/Aim : ICU mortality of chronic respiratory patients was decreasing by the use of NIV. There are only few reports on long-term survival for chronic respiratory failure. The purpose of this study is to determine long-term outcomes of ICU survivors admitted for an acute exacerbation of chronic respiratory disease (AE/CRD).

Methods : A prospective cohort study was performed in a Tunisian medical ICU between 2014 and 2016. A follow-up was performed on ICU survivors admitted for AE/CRD during 1-year using phone interviews. The study collected: clinical features at admission, acute management procedures, functional characteristics and vital parameters (BP, HR, ABG's) at ICU discharge. Outcomes during 1 year after ICU discharge (mortality, readmissions) were assessed. Survivors and died patients after discharge were compared.

Results : We identified 325 ICU survivors with 97(30%) admitted for AE/CRD. Among these patients, 60(62%) had COPD, 26(26.8%) had chronic restrictive respiratory disease and 11(11.3%) had overlapping syndromes. Mean age was 66 ±13 years. 68% were male. Mean SAPSII at ICU admission was 30±9. Mean length of stay was 10±9 days. 51(52%) patients were treated with NIV and 46 (48%) patients required first line invasive mechanical ventilation or after NIV failure initiated. Clinical features at discharge evaluated by mean value of BP, HR, pH, PCO2 and PO2 were respectively (11,7±1.7mmHg; 87±13 b/mn; 7.42±0.05; 49±12mmHg; 92±45mmHg). Mean value of functional status was 3.3±0.7. After ICU discharge only 79(81.4%) patients were

respondent. Among them 30(38%) patients died during 1 year. Median survival was 110 days. 90-day mortality rate was 46.7%. Hospital readmission rate was 48% during 1-year of follow up and 22(27.8%) patients were ICU readmitted. Univariate analysis identified two factors associated with post ICU mortality; SAPSII was higher in died patients (33.48±11.3 versus 28.9±7; p=0.03) and functional status measured at ICU discharge was also reduced among this group (4±0.5 versus 3±0.7; p=0.000).

Conclusion: Like post ICU survivors, patients admitted for AE/CRD have decreased long term survival rates. Patients at risk of dying after ICU discharge were those with severe acute disease at ICU admission and poorer functional status at discharge.

P. 125. Prognostic value of hyperchloremia in patients with traumatic brain injury: A prospective observational study

Auteurs : M. Marzouk*, N. Charradi, A. Jendoubi, Y. Riahi, S. Taghouti, S. Ghedira, M. Houissa
Service et Hôpital : *Service d'Anesthésie Réanimation, Hôpital Charles Nicolle de Tunis*

Background: Traumatic brain injuries (TBI) are a major public health problem. They are the leading cause of death among those aged less than 40 years. Hyperchloremia is a common electrolyte disturbance in patients with TBI. Hyperchloremia has been associated with increased morbidity and mortality in critically ill patients; however, its prognostic significance in TBI patients is poorly documented. The aim of this study is to describe the prevalence and outcomes of hyperchloremia in patients with TBI admitted to the intensive care unit.

Methods: In a prospective design, we included 43 consecutive patients with TBI (37 males; median age: 52 years) admitted to the ICU in Charles Nicolle Hospital of Tunis from Mars to September 2017. Adult patients (aged ≥ 18 years) with isolated TBI or associated with minor extra-cranial injuries (defined as all non-head Abbreviated Injury Scale < 3) were included. Hyperchloremia was defined as a chloride level > 110mEq/l. Clinical and laboratory variables were compared between survivors (n = 36) and non-survivors (n = 7). We assessed the association between hyperchloremia 24-h post-admission and 30-day mortality. P<0.05 was taken to indicate statistical significance.

Results: The median SOFA score at T0 was 7 points and the median IGS 2 score was 32 points. The median ISS was 25 points. There were 11 cases of mild head injury, 12 moderate head injury and 20 severe head injury. The 30-day mortality was 16%. Hyperchloremia occurred in 15 patients (35%) and the incidence was significantly different between survivors and non-survivors (28% vs. 72%, respectively, p < 0.001). In addition to hyperchloremia (p=0.018), other laboratory variables were associated with 30-day mortality: hypernatremia (p= 0.011) and hypoalbuminemia (p = 0.024).

Conclusion: Hyperchloremia 24-h post-admission was associated with 30-day mortality in patients with TBI. This index could be useful prognostic marker. Efforts should focus on the prevention of hypernatremia and hyperchloremia.

P. 126. Transfusion sanguine en milieu de Réanimation

Auteurs : M.Tobich(1) I.Fathallah(1) S.Habacha(1) M.A.Boujelbèn(1) H.Kallel(1) D.Sakis(1) A.Ben Abderahmen(1) N.Ben Salah(2) N.Kouraichi(1)
Service et Hôpital : *1-Service de Réanimation Médicale Hôpital Régional de Ben Arous 2-Service de Laboratoire polyvalent Hôpital Régional de Ben Arous*

Introduction : Le recours à la transfusion sanguine est très fréquent en milieu de réanimation essentiellement pour optimiser l'oxygénation tissulaire. Les objectifs de cette étude étaient d'évaluer la fréquence des transfusions en réanimation et de déterminer leurs efficacités.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude descriptive et analytique réalisée sur une période de 1 an (17 Octobre 2016 au 10 Octobre 2017) dans un service de réanimation. Ont été analysé toutes les transfusions sanguines pratiquées au cours de la période d'étude

Résultats : 115 transfusions sanguines ont été réalisé chez 37 malades pendant la période d'étude soit 26,24% des malades hospitalisés. L'âge moyen de nos patients était de de 56 ans ± 16 ans. Concernant les antécédents on a noté une cardiopathie chez quinze malades et une insuffisance rénale chronique chez sept patients. Onze malades étaient sous traitement anticoagulant à dose curative. Le score IGSII moyen à l'admission était de 48 ± 18. Les indications des transfusions ont été résumées dans le tableau1

TABLEAU 1 : MOTIFS DES TRANSFUSIONS

Motif des transfusions	Nombre	Pourcentage
Hémorragie active sans choc	32	28%
Hémorragie active avec choc	4	3%
Hb < 7 g/dl	40	35%
Hb < 10g/dl + coronaropathie	28	25%
CIVD	3	2.5%
TP bas	5	4%
Thrombopénie	3	2.5%

Les transfusions étaient essentiellement par des culots globulaires (CGR) (n=105) avec un nombre médian CGR par transfusion de 2 [1 ; 2]. Toutes les transfusions étaient iso-groupe et iso-Rhésus. Le nombre médian d'épisode transfusionnel par malade était de 2 [1 ; 4]. La durée médiane de conservation des poches était de 11 jours [3 ; 9]. Les taux médians d'hémoglobine pré et post transfusionnel étaient respectivement de 7.3g/dl [6.7 ; 7.9] et 8.7 g/dl [8.1 ; 9.6]. La delta hémoglobine (la différence entre l'hémoglobine pré et post transfusionnelle) médiane était de 1.3 g/dl [0.7 ; 1.95].

Un seul incident a été noté indiquant l'arrêt de la transfusion à type de frisson et hyperthermie. La durée médiane d'hospitalisation était de 17j [8 ; 50] avec une mortalité à 46%. L'étude analytique a identifié une corrélation entre la quantité de sang reçu et deltaHb avec un P=0.0001.Aucune corrélation n'a été objectivé entre le rendement transfusionnel et la durée de la conservation des poches.

Conclusion : Un quart des malades hospitalisés en réanimation nécessitent au moins une transfusion au court de leur séjour. La principale indication était l'optimisation de l'oxygénation tissulaire. Une étude bénéfice coût est nécessaire.

P. 127. Valeur prédictive de la CRP dans la survenue d'évènements cardiovasculaires en postopératoire de chirurgie vasculaire

Auteurs : S. Guedri, I. Ben Naoui, I. Nefzi, N. Mahfoudhi, R. Jemni, A. Ammous, A. Cherif
Service et Hôpital : *Service d'anesthésie réanimation. Hôpital La Rabta*

Introduction : La CRP apparaît comme un marqueur précoce et spécifique de l'inflammation. De nombreuses études ont évalué l'intérêt de ce marqueur dans la survenue de complications cardiaques postopératoires. Il avait été suggéré que des niveaux élevés de CRP pourraient être un signal d'alerte du risque cardio-vasculaire, même sans niveaux élevés de cholestérol et que les statines qui abaissent le cholestérol pouvaient aussi abaisser la CRP. L'hypothèse de ce travail est que le taux de CRP pourrait prédire la survenue de complications cardiaques en chirurgie vasculaire.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude préliminaire prospective monocentrique menée entre juin et septembre 2017, incluant 24 patients proposés pour chirurgie vasculaire. La stratification du risque cardiovasculaire en consultation de préanesthésie a été basée sur des éléments cliniques, biologiques et échographiques évaluée par un résident d'anesthésie et au besoin un cardiologue. Le protocole anesthésique suivi était standardisé. Le critère de jugement principal était la survenue de complications cardiaques dans les 3 mois suivant la chirurgie chez des patients ayant un taux de CRP≥50mg/L en préopératoire évaluée par des données cliniques, électriques et biologiques (cinétique des troponines US). Nous avons relevés les caractéristiques démographiques, la classe ASA, le score de Lee, les données échocardiographiques, la cinétique des troponines ultra sensibles, le type et la durée d'intervention, les incidents peropératoires, le délai d'extubation, l'éventuel séjour en réanimation.

Résultats : Sur les 24 interventions, 25% présentaient des complications cardiaques dont 70% en postpératoire immédiat, 14,3% avant 1 mois et 15,7% avant 3 mois. La moyenne d'âge était de 53±2 ans avec un sex-ratio de 2 (16H/8F). Nous avons trouvé une corrélation entre le taux de CRP≥50mg/L et la survenue d'évènements cardiaques de 0.62 ($p<0.05$). Les interventions sont réparties dans le tableau 1.La durée moyenne d'intervention était de 180min±10.

TABLEAU 1 TYPE D'INTERVENTIONS

Intervention	Pourcentage
Pontage fémoro-poplité	33,3%
Pontage axillo-fémoral	12,5%
Pontage huméro-huméral	4,16%
Pontage aorto-bifémoral	8,33%
Pontage poplitéo-tibial	8,33%
Anévrysme de l'aorte abdominale	8,33%
Endartériectomie de la carotide interne	12,5%
Fogartisation	12,5%

Conclusion : Une CRP élevée en préopératoire de chirurgie vasculaire pourrait prédire la survenue de complications cardiaques en postopératoire, ceci est en accord avec les données de la littérature. Un échantillon plus important permettrait de valider le seuil de CRP choisi et de confirmer ces résultats.

P. 128. Mortalité par Hémorragies digestives hautes chez les cirrhotiques : comparaison de trois scores de gravité

Auteurs : G.Barkallah, M.Khemili*, E.Mili, F.Hafi, B.Zbidi, K.Chaabeni M.Halek, M.Benali, S.Betbout, S.Chaari, L.Stambouli, M.Gahbiche
Service et Hôpital : *Service d'Anesthésie-Réanimation EPS Fattouma Bourguiba Monastir*

Introduction: L'hémorragie variqueuse(HV) est responsable de 25-30% de mortalité chez les patients cirrhotiques. L'objectif de ce travail est de comparer les scores ASA, ApacheII et Child-Pugh dans la prédiction de la mortalité intrahospitalière.

Matériels et méthodes: C'est une étude rétrospective colligeant 120 patients avec HV hospitalisés dans notre unité de soins intensifs entre 1999 et 2011.Nous avons rapporté les caractéristiques démographiques et cliniques ainsi que les données endoscopiques de ces patients. Nous avons évalué les scores ASA, ApacheII et Child-Pugh pour la prédiction de la mortalité intra hospitalière par le calcul et la comparaison des aires sous la courbe de ROC(Receiver Operating Characteristic Curve).Une valeur est considérée significative si >0.7.

Résultats et discussion: L'âge moyen était de 59,3 avec une prédominance masculine (81/39) et un sexe ratio de 2,07.Selon les données endoscopiques 108 patients(soit 90%) avaient des varices œsophagiennes alors que 12 patients (soit 10%) avaient des varices gastriques, d'autant plus 80% de nos patients étaient classé Child Pugh A. Le suivi intra hospitalier a révélé que 38 cas de décès (soit 31,7%) qui étaient secondaires à l'une des causes suivantes: un état de choc hémorragique (11 cas), autre complication de cirrhose (2 cas), récidive hémorragique(25 cas). La récidive hémorragique était observée chez 33 patients (27,5%).L'aire sous la courbe était de 0,59 (IC [0.416-0.765], p=0.08) pour la classe ASA concernant la mortalité, alors qu'elle était de 0,61 (IC [0.443-0.794], p=0.09) pour le score Child-Pugh et 0,75 (IC [0.608-0.906], p=0.07) pour le score ApacheII.

Conclusion: Dans cette étude, on a démontré que le score ApacheII, bien qu'il constitue un score de généraliste de réanimation, permet de prédire la mortalité intrahospitalière mieux que la classe ASA et le score Child-Pugh. Ceci pourrait être expliqué par le fait que la mortalité des cirrhotiques n'est pas seulement liée au degré de l'atteinte hépatique, mais aussi au terrain et aux dysfonctionnements d'organes.

P. 129. L'erreur médicale : impact et gestion par le personnel de la santé

Auteurs: I. Bannour, H .Romthane, I .Azri, M .Mestiri, A .Brahim, M Ouaz, YMeksi, B Hadded, A Majdoub
Service et Hôpital : *Service d'anesthésie réanimation EPS Mahdia*

Introduction : Le sujet des erreurs médicales est devenu le fardeau pour les patients et leur famille, mais il peut également avoir un impact sur le soignant, parfois qualifié de seconde victime. Partant de ma propre expérience et du constat que je n'étais finalement pas seule à avoir vécu une telle situation, nous avons fait ce travail pour explorer l'impact personnel et professionnel de l'erreur médicale sur le personnel de la santé publique.

Matériels et méthodes : Enquête anonyme sous la forme d'un questionnaire distribué pour un groupe des infirmiers, des techniciens d'anesthésie et des médecins dans les services disons les plus vulnérables à ces évènements indésirables. L'analyse des données du questionnaire a été menée en utilisant des calculs simples et un tableur Excel

Résultats : Un total de 86 réponses a été recueilli dont 34 personnels paramédicaux et 54 médecins. Sur ces 86 réponses, 48,8% des répondants ont indiqué qu'ils avaient déjà fait au moins une erreur médicale dont 76% sont des médecins. L'événement a eu lieu plus de 1an dans 71,4%(30 participants sur 42).L es services les plus impliqués étaient le bloc opératoire dans 60% des cas .65% 33% des participants ont estimé que les conséquences pour le patient étaient graves, 25% étaient moyennes et 42% trouvaient les conséquences bénignes. 55% pensaient avoir une responsabilité moyenne dans l'événement et 10%estimaient avoir une responsabilité faible.0, 05% soit 2 médecins seulement ont estimé leur erreur comme étant impossible à éviter, 72%ont trouvé leur erreur facilement évitable .24% soit 10 médecins ont été très fortement marqués par leur erreur. En ce qui concerne le soutien qui leur a été apporté, 30%estimaient avoir été parfaitement soutenus, les six participants qui ont révélé leur erreur au patient estiment avoir été parfaitement soutenus. Concernant la définition de « erreur médicale », Il y a un total de 72 réponses et au moins 25 notions différentes.14% ont rapporté qu'il s'agissait précisément d'un problème diagnostique ou thérapeutique.19%ont défini l'erreur médicale comme étant une faute.10% liaient l'erreur à un manque d'expérience et de compétence. Le fait que l'erreur ait des conséquences néfastes pour le patient est rapporté dans14% .Le terme « accident » a été cité 8 fois et le terme « involontaire » 10 fois.

Conclusion : L'erreur médicale reste un sujet sensible. Une analyse des circonstances de survenue de nos erreurs par des staffs de morbi-mortalité permettra une meilleure prévention des risques et une meilleure gestion des erreurs.

P. 130. La fiabilité de la glycémie capillaire en réanimation

Auteurs : F. Daly, H. Doghri, I. Trabelsi, A. Trifi, Y. Touil, R. Nasri, S. Abdellatif, S. Ben Lakhal
Service et Hôpital : *Service de réanimation médicale du CHU La Rabta de Tunis*

Introduction : La simplicité de la mesure capillaire de la glycémie à la bandelette a rendu cette technique indispensable dans l'arsenal de la prise en charge du patient diabétique en dehors des situations critiques. L'objectif de ce travail était d'évaluer la fiabilité de la mesure de la glycémie capillaire en milieu de réanimation.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude prospective, observationnelle et monocentrique. Les prélèvements capillaire et veineux ont été réalisés simultanément au lit du malade. Ont été recueillis pour chaque patient : l'âge, le sexe, le diagnostic et la présence de diabète. La corrélation entre les deux méthodes a été réalisée par le coefficient paramétrique de Pearson. Le pourcentage d'erreur (PE) du lecteur a été calculé et les valeurs supérieures à 20% étaient considérées comme discordantes. La concordance entre les deux méthodes a été évaluée par la méthode de Bland et Altman.

Résultats : Ont été réalisées successivement 75 paires de prélèvements glycémiques chez 11 patients (8 hommes et 3 femmes). L'âge médian était de 59 ans (45,5-60), le score IGS II moyen de 28,1 (±12,4) et l'APACHE II de 10,5 (±5). La durée de séjour médiane était de 3 jours (1,25-69,25). Parmi ces patients, 4 étaient diabétiques (36%). La glycémie veineuse était de 1,63 ± 0,78 g/L et la glycémie capillaire était de 1,61 ± 0,75 g/L. Le cœfficient de corrélation R de Pearson était de 0,947 (p < 10-3) (Figure 1). La répartition des PE a été représentée dans la Figure 2. Le PE médian de l'ensemble des prélèvements était de 7,35% (3,6-12,5%). La méthode de Bland et Altman a montré un biais de – 0,02 g/L avec une précision de 0,16 ± 0,2 g/L pour l'ensemble des prélèvements glycémiques.

Conclusions : Bien que corrélée à la glycémie veineuse, la glycémie capillaire présente un pourcentage de discordance élevée (11%) et une mauvaise précision. Une étude incluant plus de prélèvements est souhaitable afin de rechercher les facteurs pouvant expliquer la discordance de cette technique en milieu de réanimation.

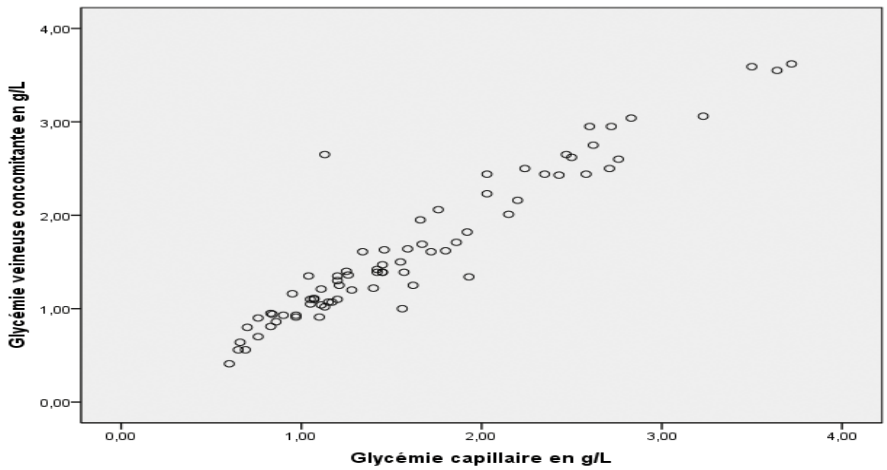


Figure 1 : La corrélation entre la glycémie capillaire et la glycémie veineuse concomitante

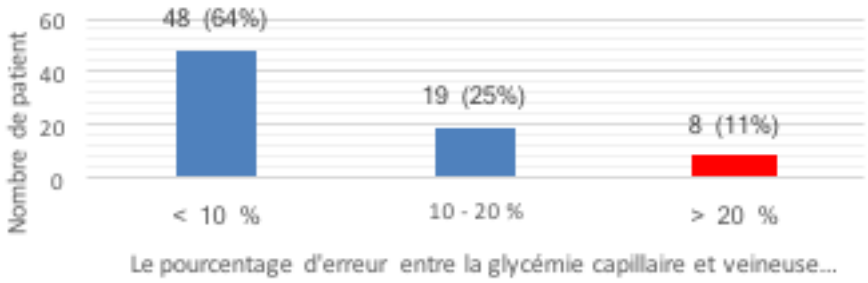


Figure 2: La répartition des patients selon le pourcentage d'erreur entre la glycémie capillaire et veineuse concomitante

P. 131. Les complications mécaniques du cathétérisme veineux central en réanimation : Etude prospective à propos de 60 cas

Auteurs : F. Daly, I. Trabelsi, MS. Amri, A. Trifi, Y. Touil, R. Nasri, S. Abdellatif, S. Ben Lakhal

Service et Hôpital : Service de réanimation médicale du CHU La Rabta de Tunis

Introduction : Un cathéter veineux central (CVC) est un abord vasculaire fréquemment utilisé en réanimation. Il s'agit néanmoins d'une procédure invasive qui est grevée d'un taux de complications mécaniques non négligeable. Le but de notre étude était de rapporter l'incidence de ces complications et de déterminer les principaux facteurs de risques.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude prospective, monocentrique et observationnelle. Elle a été réalisée dans le service de réanimation médicale du CHU La Rabta de Tunis (8 lits) pendant six mois. Les cathéters sont posés à l'aveugle et par voie percutanée. Les cathéters veineux fémoraux ont été considérés comme des CVC. Toutes les données concernant leurs mises en place ont été consignées. La détermination des facteurs de risque a été réalisée par l'analyse multivariée par régression logistique.

Résultats : Durant la période d'étude, 60 CVC ont été mis en place chez 20 patients soit une médiane de 2 CVC par patient (1-3). L'âge moyen était de 39,5 ans (± 22,3) et le sexe-ratio de 0,54. Le cathétérisme intéressait la veine fémorale dans 32 cas (53%), la veine sous-claviculaire dans 14 cas (23%) et la veine jugulaire interne dans 14 cas (23%). L'opérateur était un résident dans 50 cas (83%), un sénior dans 9 cas (15%) et un interne dans un cas (2%). L'aide était un personnel paramédical dans 53 cas (88%) et un médecin dans 7 cas (12%). Le nombre médian des personnes présentes lors de la pose était de 2 avec des extrêmes de 1 et 4. Les patients étaient sous ventilation mécanique dans 39 cas (65%) et en état de choc dans 19 cas (32%). Le nombre médian de tentative par ponction était de 2 avec des extrêmes de 1 et 15. Au moins une complication mécanique était survenue lors de la pose de 15 CVC (25%) (Figure). La comparaison des deux groupes avec ou sans complications mécaniques a montré à l'analyse multivariée qu'un nombre de tentative supérieur à 2 augmentait 10 fois le risque de survenue d'une complication mécanique (p=0,003 et IC95% [2,2-49,8]) avec une incidence qui passe de 13 à 48%.

Conclusions : L'échec de plus de deux tentatives de ponction lors de la mise en place du CVC est associé à une augmentation importante du risque de complication mécanique arrivant jusqu'à 48%. Il faut donc éviter un nombre élevé de ponction et savoir « passer la main ».

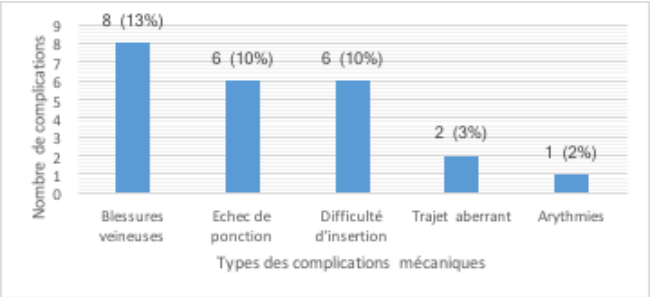


Figure : Les différentes complications mécaniques de l'étude

P. 132. Choix du site d'insertion du cathéter veineux central en réanimation médicale : Etude prospective à propos de 60 cas

Auteurs : F. Daly, MS. Amri, I. Trabelsi, A. Trifi, Y. Touil, R. Nasri, S. Abdellatif, S. Ben Lakhal

Service et Hôpital : *Service de réanimation médicale du CHU La Rabta de Tunis*

Introduction : Le choix de l'abord veineux en réanimation est un problème quotidien. Certaines de nos pratiques sont guidées par des preuves scientifiques indiscutables, d'autres par l'avis des experts, mais la plupart sont liées à l'expérience des réanimateurs et aux habitudes. Le but de notre travail était d'étudier les facteurs influençant de choix du site d'insertion du cathéter veineux central (CVC).

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude prospective, monocentrique et observationnelle. Elle a été réalisée dans le service de réanimation médicale du CHU La Rabta de Tunis (8 lits) pendant six mois. Les cathéters sont posés à l'aveugle et par voie percutanée. Les cathéters veineux sous-claviers et jugulaires internes ont été groupés en CVC

cave supérieur. La recherche des facteurs influençant le choix du site cave supérieur ou fémoral a été réalisée par l'étude multivariée par régression logistique.

Résultats : Durant la période d'étude, 60 CVC ont été mis en place chez 20 patients soit une médiane de 2 CVC par patient (1-3). Le cathétérisme intéressait la veine fémorale dans 32 cas (53%) et la veine cave supérieure dans 28 cas (46%). Le CVC était monovoie dans 7 cas (12%), double voie dans 35 cas (58%) et triple voie dans 18 cas (30%). L'opérateur était un résident dans 50 cas (83%), un sénior dans 9 cas (15%) et un interne dans un cas (2%). L'aide était un personnel paramédical dans 53 cas (88%). Le CVC était mis pendant le matin dans 38 cas (63%) et le nombre médian des personnes présentes lors de la pose était de 2 avec des extrêmes de 1 et 4. Les patients étaient sous ventilation mécanique dans 39 cas (65%) et en état de choc dans 19 cas (32%). Un trouble de l'hémostase était présent dans 20 cas (33%). Le nombre médian de tentative par ponction était de 2. L'indication la plus fréquente de la mise en place du CVC était le changement systématique dans 12 cas (20%). Les résultats de l'analyse multivariée concernant les facteurs influençant le choix du site de ponction ont été résumés dans le tableau.

Conclusions : Le choix du site de ponction dépend du nombre de CVC mis précédemment chez le patient, de la présence d'une ventilation mécanique et du nombre de personnes présentes au moment de la pose. Un nombre de cas plus important est en train d'être étudié afin d'identifier plus de facteurs influençant le choix du site de ponction du CVC en réanimation.

TABLEAU 2 : LES FACTEURS INFLUENÇANT LE CHOIX DU SITE DE PONCTION

		CVC Fémoral	CVC cave supérieur	Tot	p	ORa	IC95%
> 11ème cathétérisme chez le même patient :							
	Non	30 (71%)	12 (29%)	52	<10-3	60	6,1-600
	Oui	2 (11%)	16 (89%)	18			
Ventilation mécanique :							
	Non	16 (76%)	5 (24%)	21	0,004	46	3,3-626
	Oui	16 (41%)	23 (59%)	39			
Personnes présentes > 3 au moment de la pose :							
	Non	26 (64%)	15 (36%)	41	0,004	14,8	2,4-90,4
	Oui	6 (32%)	13 (68%)	19			

CVC : Cathéter veineux central ; Tot : Total ; ORa : Odds-ratio ajusté

P. 133. La glycémie capillaire en réanimation : Le non-respect des règles d'utilisation

Auteurs : H. Doghri, F. Daly, A. Trifi, R. Nasri, Y. Touil, S. Abdellatif, S. Ben Lakhal
Service et Hôpital : *Service de réanimation médicale du CHU La Rabta de Tunis*

Introduction : La mesure de la glycémie capillaire est devenue un outil indispensable pour la surveillance de l'équilibre glycémique chez les patients en réanimation. La fiabilité de cette technique dépend de plusieurs paramètres dont le respect des règles d'utilisation du lecteur. L'objectif de notre travail est de déterminer le taux de non-respect de ces règles.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude prospective et monocentrique. Elle a été réalisée dans le service de réanimation médicale du CHU La Rabta de Tunis. Nous avons observé le personnel réalisant la mesure de la glycémie capillaire chaque fois qu'elle est indiquée durant deux semaines. Tous les écarts de respect des précautions d'emploi de cette technique ont été relevés et consignés sur une fiche préalablement préparées. Les prélèvements capillaire et veineux ont été réalisés simultanément au lit du malade. Le pourcentage d'erreur du lecteur par rapport à la méthode de référence veineuse a été calculé et les valeurs supérieures à 20% étaient considérées comme discordantes.

Résultats : Ont été réalisées successivement 75 paires de prélèvements glycémiques (capillaires et veineuses) chez 11 patients (8 hommes et 3 femmes). L'âge médian était de 59 ans (45,5-60), le score IGS II moyen de 28,1 (±12,4) et l'APACHE II de 10,5 (±5). La durée de séjour médiane était de 3 jours (1,25-69,25). Parmi ces patients, 4 étaient diabétiques (36%). Parmi les 75 paires de prélèvements, 52 (69%) ont été effectués le matin et 23 (31%) entre l'équipe de l'après-midi et celle de la nuit. Au moins une règle n'a pas été respectée lors de 62 (83%) mesures de la glycémie capillaire. Les différentes étapes non respectées ont été représentées dans la figure. Le pourcentage d'erreur médian de l'ensemble des prélèvements était de 7,35% (3,6-12,5%). Parmi les 75 paires, 8 (11%) étaient discordantes. La répartition des précautions non respectées dans la réalisation de la glycémie capillaire selon l'équipe soignante a été représentée dans le tableau ci dessous. Il n'existait pas de lien entre le non-respect des précautions et la survenue d'une discordance entre la glycémie capillaire et veineuse concomitante (p=0,127).

Conclusion : Le non-respect des règles d'utilisation de la technique de mesure de la glycémie capillaire est élevé (83%). Il est plus fréquent avec l'équipe soignante du matin et il intéresse le lavage des mains de l'opérateur, le lavage et le massage de la zone de prélèvements. Une étude incluant plus de prélèvements étant nécessaire afin de mettre en évidence un lien entre ce phénomène et la discordance entre cette technique et celle de référence.

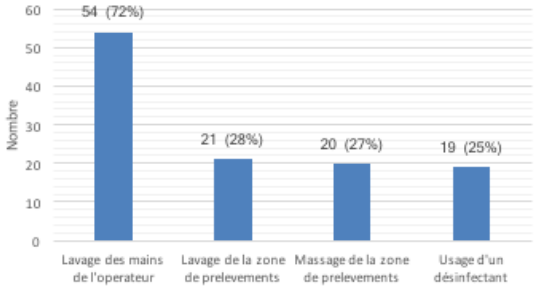


Figure : Les étapes de réalisation de la glycémie capillaire non respectées

TABLEAU : LA RÉPARTITION DES PRÉCAUTIONS NON RESPECTÉES DANS LA RÉALISATION DE LA GLYCÉMIE CAPILLAIRE SELON L'ÉQUIPE SOIGNANTE.

Règles respectées :		Matin	Après-midi et Nuit	p	OR	IC95%
Lavage des mains de l'opérateur						
	Oui	8 (38%)	13 (62%)	< 10-3	7,2	2,3-21,9
	Non	44 (82%)	10 (18%)			
Lavage zone de prélèvements						
	Oui	20 (95%)	1 (5%)	0,002	13,8	1,8-110,1
	Non	32 (59%)	22 (41%)			
Technique de massage de la zone de prélèvements						
	Oui	18 (90%)	2 (10%)	0,019	5,6	1,2-26,4
	Non	34 (62%)	21 (38%)			
Technique de désinfection						
	Oui	12 (63%)	7 (37%)	0,499	0,7	0,3-2,1
	Non	40 (71%)	16 (29%)			

Thème Métabolique

P. 134. Les facteurs prédictifs de la mortalité chez les patients présentant une rhabdomyolyse

Auteurs : H.Nouira*, O.Jaoued, N.Tilouche, M.Lahmer, R.Ghabi, M.Fekih Hassen, S.Elatrous
Service et Hôpital : *Réanimation Médicale EPS Tahar Sfar Mahdia*

Introduction : La rhabdomyolyse est définie par une lésion du muscle squelettique entrainant la libération du contenu intracellulaire dans la circulation sanguine pouvant être responsable de myoglobinurie, des désordres électrolytiques et d'une insuffisance rénale aigue. Biologiquement elle est définie par un taux de CPK≥500 UI/L. C'est une pathologie assez fréquente en réanimation mais peu étudiée. Objectif : déterminer les facteurs prédictifs de la mortalité chez cette population des patients.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée au service de réanimation médicale EPS Taher Sfar de Mahdia entre janvier 2007 et Décembre 2016 incluant tous les patients ayant une rhabdomyolyse quelque soit le délai de son apparition. Les paramètres recueillis étaient : les caractéristiques démographiques des patients, le score de gravité SAPSII, le taux de CPK, délai d'apparition de la rhabdomyolyse, présence d'une insuffisance rénale aigue, le recours à l'épuration extra- rénale, la durée de séjour et la mortalité.

Résultats : Durant la période de l'étude 145 patients d'âge moyen 44±19 ans, à prédominance masculine (70%) et avec un score de SAPSII moyen 37±20 ont étaient inclus. Le taux de CPK moyen était de 5821±200 UI/L. La rhabdomyolyse était présente à l'admission chez 90% des patients. Elle était d'origine physique dans 62% des cas, hypoxique dans 24% des cas, chimique dans 11% des cas et biologique dans 2% des cas. Les étiologies les plus fréquentent de la rhabdomyolyse étaient les convulsions (33% des cas), les états de choc (20% des cas), une activité musculaire intense en dehors des convulsions (11,7% des cas) et une origine médicamenteuse (10,3% des cas). La rhabdomyolyse s'est compliquée d'une insuffisance rénale aigue chez 27,4% des patients. La mortalité globale était de 21,4%. L'incidence des insuffisances rénales était de 71% des décédés (G1) et 41% dans le groupe des survivants (G2), p=0,003, le recours à une ventilation mécanique invasive était indiqué dans 100% dans le groupe G1 contre 67% dans le groupe G2; p≤10-3. L'administration des drogues vasoactives était statistiquement plus élevé dans le groupe G1 comparé au groupe (87% vs 16% p≤10-3).Le score de gravité était de SAPSII 53±17 dans le G1 contre 33±18 dans le groupe G2 ; p≤10-3). En analyse multivariée les facteurs de risque associée à la mortalité étaient le recours aux drogues vasoactives (OR : 20, IC 95% (5,266-78,593°; p≤10-3) et la durée de ventilation mécanique (OR : 1,059, IC95% (1,000-1,124), p=0,05)

Conclusion : La rhabdomyolyse est une pathologie assez fréquente en réanimation dont les étiologies sont variées. Dans cette étude les facteurs associés à la mortalité chez les patients ayant une rhabdomyolyse étaient le recours aux drogues vasoactives et la durée de la VM.

P. 135. Hyperlactatemie au cours des acidocetoses diabetiques: prevalence, etiologie et impact

Auteurs : K.Bouchaala*, N.Tilouche, H.Ben Sik Ali, M.Lahmer, R.Gharbi, M.Fekih Hassen, S.Elatrous
Service et Hôpital : *Réanimation Médicale EPS Tahar Sfar Mahdia*

Introduction: L'acidocétose diabétique affecte 8/1000 patients par an. Elle serait responsable de 5% de décès. Les hyperlactatémies au cours des acidocétoses diabétiques peuvent se voir en cas d'hypovolémie, d'hypotension ou d'hyperventilation. La survenue d'hyperlactatemie pourrait influencer le pronostic vital. Objectif: Déterminer la prévalence, les étiologies et l'impact des hyperlactatemies en cas d'acidocétose diabétique.

Matériel et méthode : C'est une étude rétrospective réalisée au service de réanimation médicale de Mahdia entre le 01 janvier 2010 et 31 décembre 2016. Tous les patients hospitalisés pour acido-cétose diabétique et ayant un dosage des lactates ont été inclus. Les paramètres analysés sont : l'âge, ancienneté du diabète, co-morbidites, facteur de décompensation du diabète, score APACH II à l'admission, l'existence d'un sepsis à l'admission, glycémie à l'admission, lactatémie à l'admission, mécanisme de l'hyperlactatémie, pH, taux de bicarbonate, trou anionique, délai de normalisation des lactate, durée de l'insulinothérapie intraveineuse, le recours a la ventilation mécanique, durée de séjour et la mortalité.

Résultat: Durant la période de l'étude 50 patients d'âge moyen 32± 16 ans et APACHII moyen de 12±6 étaient inclus dans cette étude. La glycémie moyenne était de 27±8 mmol/l. Le pH artériel moyen était de 7.09 ±0.11. La prévalence d'une hyperlactatémie était de 42%. Les étiologies des hyperlactatémies étaient : l'hyperventilation (66% des cas), le sepsis (24% des cas) et l'hypoxémie dans 10% des cas. Les deux étiologies de décompensation les plus fréquentes étaient, l'infection dans 38% des cas et l'arrêt de l'insulinothérapie (46%). Les caractéristiques démographiques, les co-morbidités, le facteur de décompensation, le sepsis et la glycémie étaient similaires entre les patients avec et sans hyperlactatémie. Le score d'APACH II était significativement plus élevé dans le groupe avec hyperlactatémie 14±7 VS 10±4 (p=0,02). Le délai de normalisation du pH et de la disparition de l'acétonémie étaient similaires entre les deux groupes. La durée de séjour, la durée de l'insulinothérapie par voie intraveineuse étaient comparables entre les deux groupes et pas de différence statistiquement significative. Une seule patiente est décédée dans le groupe ayant une hyperlactatémie.

Conclusion: Les hyperlactatémies sont fréquentes au cours des acidocétoses diabétiques. L'hyperventilation est la principale cause des hyperlactatémies. Il semble que les hyperlactatémies n'ont pas d'impact sur la durée de séjour et sur la normalisation du pH.

P. 136. Maladie d'erdheim-chester : à propos d'un cas et revue de la littérature

Auteurs : R.Amri(1), Ch.Ben Salah*(2), H.Sahli(1), W.Garbouj(1), I.Ben Ahmed(1), H.Tounsi(1), S.El Aoud(1), J.Ouali(3), R.Jazi(3).

Service et Hôpital : *(1)Service de Médecine Interne – HMTM – Nabeul – Tunisie. (2) Service des urgences-– HMTM – Nabeul – Tunisie. (3) Service de Dialyse – HMTM – Nabeul – Tunisie.*

Introduction : La maladie d'Erdheim-Chester (MEC) est une hystiocytose non langerhansienne rare et acquise de l'adulte. Elle se caractérise par des manifestations systémiques très hétérogènes ; Les plus fréquentes sont l'atteinte osseuse et l'atteinte urologique avec un tableau de pseudofibrose rétropéritonéale. Nous rapportons le cas d'une MEC avec atteinte multisystémique découverte devant une ostéocondensation diffuse.

Observation : Patiente âgée de 54 ans admise pour exploration d'une HTA et un syndrome oedémateux généralisé d'installation progressive. Le blain biologique a révélé une insuffisance rénale, une dyslipidemie sévère et une cholestase hépatique. La tomodensitométrie abdominopelvienne a mis en évidence un aspect ostéocondensé diffus de squelette osseux» qui a fait suspecter le diagnostic MEC.

Par ailleurs, on a mis en évidence une dilatation pyélocalicielle bilatérale avec un aspect de reins « chevelus. La patiente a été drainée par deux sondes urétrales doubles J. Le diagnostic de MEC a été confirmé par la biopsie de l'infiltration péri rénale .L'étude immuno-histochimique a mis en évidence des histiocytes positifs au marquage CD68. Le bilan de la maladie a également mis en évidence une atteinte pulmonaire, cardiaque hépatoslénique et endocrinienne. L'évolution a été malheureusement rapidement fatale suite à un trouble électrolytique sévère.

Discussion : La MEC est rare, jusqu'à 2017 plus de 500 cas ont été publiés dans la littérature. Elle résulte d'une infiltration xanthogranulomateuse constituée d'histiocytes spumeux. Elle se distingue de l'histiocytose langerhansienne par des histiocytes qui expriment à l'immuno-histochimie le CD68 mais sont négatifs pour le CD1a. Le diagnostic de la MEC est porté sur l'association de critères anatomopathologiques et cliniques avec des manifestations systémiques très hétérogènes. Les atteintes urologique et osseuse sont les manifestations les plus fréquentes. Les autres manifestations, plus rares, font toute la gravité de la maladie notamment l'atteinte cardiovasculaire ou neurologique centrale.

Conclusion : La MEC est une maladie sévère avec un mauvais pronostic spontané, le traitement est encore mal codifié. D'où l'intérêt d'un diagnostic précoce notamment des atteintes les plus fréquentes osseuses et urinaires.et urinaires.

P. 137. Une pseudo-tumeur rénale révélant une maladie de Wegener

Auteurs : R.Amri(1), Ch.Ben Salah*(2), H.Sahli(1), W.Garbouj(1), I.Ben Ahmed(1), H.Tounsi(1), S.El Aoud(1), J.Ouali(3), R.Jazi(3).

Service et Hôpital : *(1)Service de Médecine Interne – HMTM – Nabeul – Tunisie. (2) Service des urgences-– HMTM – Nabeul – Tunisie. (3) Service de Dialyse – HMTM – Nabeul – Tunisie.*

Introduction : La maladie de Wegener est une vascularite nécrosante multi systémique. Elle touche préférentiellement les voies aériennes supérieures et inférieures et les reins. L'atteinte rénale est fréquente et conditionne le pronostic, elle correspondant le plus souvent a une atteinte glomérulaire focale et segmentaire. La forme pseudo-tumorale rénale est par contre exceptionnelle. Nous rapportons un cas d'une vascularite de Wegener révélée par une masse pseudo tumorale rénale.

Observation : Il s'agit d'une patiente âgée de 41 ans opérée en 2002 pour pseudo tumeur inflammatoire de l'orbite gauche d'étiologie non étiquetée. Elle a été hospitalisée en mars 2016 à notre service pour altération de l'état général dans un contexte de fièvre prolongée d'arthralgies et de myalgies diffuses. L'examen a objectivé une fièvre chiffrée à 38,3°c, une exophtalmie avec un aspect du nez en sabot. Un examen neurologique strictement normal. Le bilan biologique a trouvé un syndrome inflammatoire, une infection urinaire basse concomitante et une anémie hypochrome microcytaire d'origine ferriprive. Il n'avait pas d'insuffisance rénale, ni d'hématurie, ni de protéinurie. La patiente a été mise sous une antibiothérapie adaptée pour l'infection urinaire. Le tableau clinique a été complété par des ulcérations buccales, un purpura vasculaire étendu au niveau des deux membres supérieurs et inférieurs et une neuropathie périphérique. La radiographie pulmonaire et la tomodensitométrie (TDM) thoracique ont révélés des foyers de condensations nodulaires non systématisés. La TDM du massif facial a montré une lyse osseuse naso-sinusienne et une infiltration pseudo tumorale de l'orbite droite. La TDM abdominale a mis en évidence un rein droit augmenté de taille siège au niveau de la lèvre postérieure d'une plage cortico-médullaire hypodense hétérogène. Dont la biopsie rénale a objectivé des lésions inflammatoires polymorphes épithélioides vasculaires et glomérulaires associées à une nécrose d'allure ischémique. Le bilan immunologique a montré des anticorps anti-nucléaires, anti-ADN natifs et anti-antigènes nucléaires solubles négatifs. Mais les c-ANCA étaient positifs de type anti-PR3. Le diagnostic de la maladie de Wegener a été donc retenu et la patiente a été traitée par un bolus de méthylprednisolone de 1 g, trois jours de suite, relayé par une corticothérapie orale à raison de 1mg/Kg/j et par six boli mensuels de cyclophosphamide de 0.7 g. L'évolution était marquée par l'amélioration clinique et biologique avec un recul de trois mois.

Conclusion : La forme rénale pseudo-tumorale est une manifestation exceptionnelle au cours de la maladie de Wegener. Notre observation est particulière ; du fait que cette atteinte pseudotumorale à fonction rénale conservée a inauguré le tableau. Des études complémentaires sont nécessaires afin de préciser l'impact pronostique de cette manifestation et une éventuelle prise en charge thérapeutique spécifique.

P. 138. Insuffisance renale aigue en milieu de Réanimation : incidence et facteurs de risque de survenue

Auteurs : N. Hajjam*, I.Sedghiani, A.Chebbi, H.Guenana, YZ.Elhechmi, Z.Jerbi
Service et Hôpital : *Service des urgences réanimation, Hopital Habib Thameur de Tunis*

introduction : L'insuffisance rénale aigue (IRA) est un important problème de santé qui affecte 15 à 20% de tous les patients ayant séjourné à l'hôpital (1). Elle est responsable d'une lourde mortalité atteignant 51,8% (2). Plusieurs facteurs de risque sont associés à la survenue de cette pathologie en milieu de réanimation.

Patients et méthodes : Il s'agissait d'une étude prospective incluant tous les patients admis dans notre service entre Janvier et Juin 2016. Le but était de déterminer les caractéristiques épidémiologiques et les facteurs de risque de survenue d'une IRA chez ces patients. L'IRA était définie selon les critères du groupe KDIGO(3). On a exclu de cette étude les patients insuffisants rénaux chroniques sous hémodialyse intermittente.

Résultats : Cette étude a colligé 249 patients. Le tiers (35,3%) des patients a présenté une IRA après un délai médian de 3 jours d'hospitalisation. Les patients étaient hypertendus dans 52,6% des cas, diabétiques dans 40,2% des cas, insuffisants cardiaques chroniques dans 18,5% et insuffisants rénaux chroniques dans 11,2% des cas.

Conclusion: L'IRA reste une complication fréquente et de lourde morbimortalité en milieu de soins intensifs. La gravité initiale du patient, le recours aux drogues vaso actives et la nécessité d'une assistance ventilatoire en sont les principaux facteurs de risque de survenue.

P. 139. Incidence et pronostic des hypernatremies en unites de soins intensifs

Auteurs : R. Jemmeli*, I.Ben Jberi, S.Ayed, A.Jamoussi, T.Merhebene, J.Benkhelil, M.Besbes
Service et Hôpital : *Service de Réanimation Médicale, Hôpital A.Memmi Ariana*

Introduction : L'hypernatrémie est définie par une concentration plasmatique de sodium supérieure à la norme de laboratoire, généralement > 145 mmol/l. Il a été rapporté que l'incidence de l'hypernatrémie en réanimation varie de 2 à 9%. L'hypernatrémie acquise aux soins intensifs semble être un facteur indépendant prédictif de mortalité. Objectifs : déterminer l'incidence de l'hypernatrémie en réanimation et analyser son impact sur la mortalité.

Patients et Méthodes : Une étude rétrospective a été menée sur une durée d'une année, incluant tous les patients présentant une hypernatrémie à l'admission ou la développant au cours du séjour. Ont été exclus toux les patients présentant un seul chiffre d'hypernatrémie avec une valeur contrôlée normale. Les paramètres recueillis étaient : l'âge, le sexe, la gravité à l'admission exprimée par les scores SAPSII et APACHEII, le motif d'admission, le délai de survenue de l'hypernatrémie, la pathologie au moment du diagnostic de l'hypernatrémie, l'étiologie retenue, la thérapeutique envisagée, l'évolution et le délai de correction de l'hypernatrémie, la durée de séjour et le devenir.

Résultats : Durant la période de l'étude, 55 patients ont été inclus soit une incidence de 9,3%. L'âge moyen était de 61±19 ans avec un sex ratio à 1,4. Les scores SAPSII et APACHEII moyens à l'admission étaient de 41±17 et 18±8 respectivement. Le motif d'admission principal était une détresse respiratoire dans 87% des cas. L'hypernatrémie était observée à l'admission dans 8 cas (14,5%) et acquise en réanimation dans 47 cas (85,5%). Dans 67% des cas, la valeur de la natrémie se situait entre 145 et 150 mmol/l. L'étiologie principale retenue était un excès d'apport sodique dans 34% des cas. La mortalité observée était de 54,5%. Sous traitement hypotonique, l'hypernatrémie était corrigée dans un délai moyen de 4 jours. La comparaison du groupe des survivants et des décédés n'a pas montré de différence significative concernant l'âge, la gravité à l'admission, la première valeur en absolu de l'hypernatrémie, le délai d'installation (à l'admission ou au cours de l'hospitalisation), et la variation sous traitement de l'hypernatrémie.

Conclusion : L'incidence de l'hypernatrémie retrouvée dans notre étude est comparable à celle rapportée dans la littérature. Par contre, aucun impact sur la mortalité en réanimation n'est objectivé.

P. 140. Epuration extrarenale et rhabdomyolyse en milieu de Réanimation: A propos d'un cas

Auteurs : N*. Baili (1), O.Beji (1), R, Atig (1), G.Sboui (1), R. Mbarek (1), M. Ben rejeb (2) H.Hmouda (1).

Service et Hôpital : *(1) : Service de Réanimation Médicale, CHU Sahloul, Sousse. (2): Service de médecine communautaire et préventive, CHU Sahloul, Sousse.*

Introduction : L'insuffisance rénale aigue (IRA) est une complication potentielle de la rhabdomyolyse mettant en jeu le pronostic. L'hémofiltration continue utilisant des filtres de haute perméabilité s'avère efficace. Nous rapportons le cas d'IRA secondaire à une rhabdomyolyse d'origine infectieuse pour laquelle on a eu recours à l'hémofiltration au sein de notre service de réanimation médicale.

Observation: une fille âgée de 29 ans, asthmatique, mal observante, transférée d'un hôpital régional pour PEC d'un asthme aigu grave avec syndrome de détresse respiratoire aigu sévère secondaire à une pneumopathie nosocomiale à Acinetobacter multi résistant. A l'admission, la patiente a présenté une rhabdomyolyse d'origine infectieuse à 10 fois la normale, elle a développé ensuite une IRA résistante aux moyens habituels de protection rénale notamment l'expansion volumique, l'alcalinisation des urines ainsi que la diurèse forcée. A J10, on a constaté l'aggravation de la rhabdomyolyse atteignant plus que 450 fois la normale avec altération de la fonction rénale (clairance à 22ml/min/1,73m² de surface corporelle selon MDRD) d'où la décision de l'EER par hémofiltration continue pendant 48 heures arrêtée à cause de la survenue d'une hypothermie majeure avec signes en faveur de SRIS, cependant, on a observé l'amélioration significative de la rhabdomyolyse à 5 fois la normale (Fig.1) avec normalisation des chiffres de créatinine (Fig.2) et éclaircissement de la couleur de l'effluent.

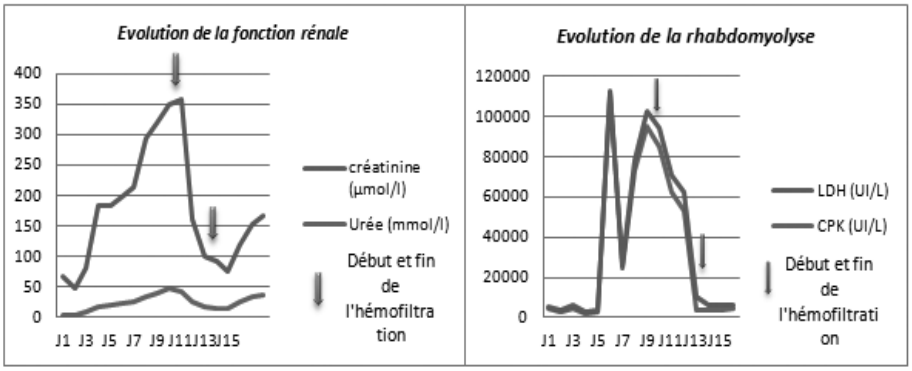


Fig1. et 2.

Discussion : La myoglobine est le facteur pathogène réel dans la rhabdomyolyse et l'IRA, elle est rarement dosée dans le sang et les urines. La sensibilité du dosage sérique de la myoglobine est faible dans le cadre du diagnostic

positif de la rhabdomyolyse. Récemment, Naka et al. ont proposé l'usage de l'hémofiltration continue utilisant les membranes hyper-perméables dont les résultats sont prometteurs. Les raisons expliquant l'inefficacité de la dialyse conventionnelle pour l'élimination de la myoglobine : des facteurs liés à la nature de la molécule, sa distribution dans l'organisme, le mécanisme de son transport, structure de la membrane de dialyse. La principale limite de cette technique décrite par Naka, est la fuite d'albumine qui devrait être rigoureusement recherchée et évaluée. Dans notre cas, le dosage de myoglobine n'a pas pu être effectué mais on a observé une amélioration progressive de la fonction rénale avec diminution du taux de CPK dès les premières 24 heures. Une étude chinoise récente, a proposé l'instauration précoce de l'EER pour ses effets bénéfiques directs sur la fonction rénale impliquant l'amélioration de la dysfonction mitochondriale au niveau du rein ainsi que l'inhibition de l'apoptose des cellules tubulaires rénales, ces effets seraient dose dépendants.

Conclusion : L'usage des membranes hyper-perméables dans le cadre de l'hémofiltration continue pourrait représenter une nouvelle approche dans le traitement de l'IRA induite par la rhabdomyolyse. En attendant des essais cliniques randomisés contrôlés publiés à ce propos, l'usage préventif de l'hémofiltration continue dans le cas d'insuffisance rénale secondaire à la rhabdomyolyse ne peut être recommandé.

P. 141. Complications métaboliques dans le cadre du Syndrome du Grêle Court : A propos d'un cas.

Auteurs : F. Ben Aba*, J. Guissouma, H. Ghadhoune, H. Brahmi, S. Maatouk, A.Triki, M. Samet, S.Souissi, H. El Ghord.
Service et Hôpital : *Service de Réanimation médicale Hôpital universitaire Habib Bougatfa Bizerte.*

Introduction : Le syndrome du grêle court (SGC) est une maladie rare à l'origine d'une insuffisance intestinale définie par l'incapacité du tube digestif à assurer l'équilibre énergétique, protéique, hydro-électrolytique et en micronutriments. Nous rapportons le cas d'un SGC chez une patiente ayant eu une résection intestinale pour une péritonite stercorale dans les suites d'une césarienne.

Observation : Il s'agit de Madame ML âgée de 36 ans GI PI, aux antécédents médicaux de thyroïdite de Hashimoto sous traitement. Le 13 janvier 2017 elle a accouché par césarienne. Les suites opératoires étaient compliquées, à j3, d'une péritonite stercorale en rapport avec une plaie du grêle. La patiente a eu un long séjour en réanimation chirurgicale avec en tout 5 reprises aboutissant à une résection du grêle (depuis 1 mètre de l'angle de Treitz jusqu'au colon ascendant) avec confection d'une stomie grelique. Elle a été mise sortante à j 80 avec un bilan biologique normal. La patiente a reconsulté les urgences, un mois après sa sortie, pour confusion, crampes musculaires et fasciculations. L'anamnèse trouve la notion d'amaigrissement et d'accélération du transit gastro-intestinal par la stomie. A l'examen: GAD:1.36 g/l, température 37°C. Sur le plan neurologique : GCS=13/15, fasciculations au niveau de la face sans signes de localisation ni syndrome méningé. Sur le plan respiratoire : polypnée, FR=23 c/min, auscultation pulmonaire libre. Sur le plan hémodynamique, TA=110/90 et FC=125 bpm. L'abdomen était souple, dépressible avec stomie fonctionnelle ramenant des selles liquidiennes. A la biologie : NFS : GB=4350ele/mm3 ; Hb=7.9g/dl, Plq=300000^{em}/mm3 ; CRP=6 mg/l insuffisance rénale (Urée=1.65g/l et créat=247µmol/l) ; hyponatrémie à 120.6 mmol/l ; hypokaliémie à 2,30meq/l, hypocalcémie à 1.84mmol/l. A la gazométrie sous 4L/min d'O2 : alcalose respiratoire décompensée (PH: 7,52; PCO2=29.4mmHg ; HCO3=24.7mmol/l ; PaO2= 114.9mmhg ; SaO2=98%) Rx thorax: normale. TDM cérébrale: normale.

L'origine métabolique de la symptomatologie présentée était retenue. La prise en charge comportait une correction rapide et prudente de la natrémie, de la calcémie et de la kaliémie. La patiente a eu aussi une supplémentation en vitamines et en oligo-éléments avec une réhydratation et une nutrition parentérale adéquate. De même un traitement ralentisseur du transit a été prescrit. L'évolution était marquée par la disparition de la symptomatologie initiale, la correction des troubles ioniques et l'amélioration de la fonction rénale. La patiente était transférée en chirurgie à j6 pour rétablissement de la continuité intestinale.

Discussion: après une résection intestinale étendue, les six premières semaines sont marquées par des pertes hydro-électrolytiques majeures liées à une hypersécrétion gastrique acide et une accélération du transit gastro-intestinal, majorées par la réalimentation. Il en résulte des troubles métaboliques sévères symptomatiques décrits sous le nom du SGC. La réanimation hydro-électrolytique est un pilier de la prise en charge post opératoire précoce de ces patients. L'adjonction d'une nutrition parentérale précoce prévient les troubles métaboliques et la dénutrition et est associée à une amélioration de la survie à long terme.

Conclusion: le SGC est une complication habituelle des résections intestinales étendues. La réanimation hydro électrolytique reste la pierre angulaire de la prise en charge thérapeutique.

P. 142. Glycogenose hépatique : A propos d'un cas

Auteurs : M.Lahmer*, N.Tilouche, R.Ghabi, H.Nouira, O.Jaoued, M.Fekih Hassen, S.Elatrous
Service et Hôpital : *Réanimation Médicale EPS Tahar Sfar Mahdia*

Introduction : Les atteintes hépatiques du diabète type 1 sont rares et lui sont spécifiques. La surcharge glycogénique hépatocytaire en fait partie. C'est une complication du diabète déséquilibré décrite initialement chez l'enfant et l'adolescent et qui reste exceptionnelle chez l'adulte.

Observation : Patiente KA. âgée de 15 ans diabétique type 1 admise en réanimation pour acidocétose diabétique. L'examen clinique a objectivé une patiente en bon état général, apyrétique, polypneique à 30cpm, sa spo2 était à 99%, sa fréquence cardiaque était à 137 bpm, son abdomen était souple avec présence d'une hépatomégalie. Le bilan biologique a mis en évidence hormis l'acido-cétose et l'hyperglycémie, une cytolyse hépatique sans cholestase et une hyperlactatémie. L'échographie abdominale a montré une hépatomégalie à 18 cm, et les sérologies virales sont revenues négatives. Le diagnostic de glycogénose hépatique ou syndrome de Mauriac a été retenu chez notre patiente devant la présence d'un diabète déséquilibré, une hépatomégalie et perturbation du bilan hépatique. La patiente a eu une insulinothérapie et équilibration hydro électrolytique et l'évolution clinique était favorable.

Discussion : Le syndrome de Mauriac a été décrit pour la première fois en 1930 chez des enfants diabétiques type 1 ayant un retard staturo-pondéral, une hépatomégalie et une distension abdominale. La physiopathologie de la glycogénose hépatique est imparfaitement connue. Le retard de croissance observé au cours de ce syndrome est multifactoriel. L'hyperlactatémie peut se voir, et c'est du à l'accumulation hépatique du glycogène avec une altération de la néoglucogenèse. Les explorations radiologiques sont aspécifiques. Le seul examen de confirmation est la biopsie hépatique, mais elle n'est pas recommandée à cause de l'évolution rapide et le plus souvent favorable après l'équilibration des chiffres glycémiques.

Conclusion : La glycogénose hépatique est une complication rare du diabète déséquilibré. Il faut y penser en cas d'hépatomégalie chez un diabétique avec des décompensations acido-cétosiques fréquentes. Le diagnostic est basé sur un faisceau d'arguments cliniques et biologiques et le traitement repose essentiellement sur l'équilibration du diabète

P. 143. Acidose métabolique sévère compliquant la confection d'une néovessie: à propos d'un cas.

Auteurs : J.Guissouma, F.Ben Aba*, H.Ghadhoune, H.Brahmi, A.triki, S.Maatouk, M.Samet, S.Souissi, H. El Ghord.
Service et Hôpital : *Service de réanimation médicale Hôpital Universitaire Habib Bougatfa Bizerte.*

Introduction: La cystectomie et les dérivations urinaires par stomie urinaire ou «néovessie» sont des modalités de prise en charge en urologie carcinologique. Malgré l'évolution des techniques chirurgicales elles restent associées à des complications métaboliques souvent redoutables. Nous rapportons le cas d'un état de mal épileptique (EME) d'origine métabolique chez une patiente ayant eu une urétérosigmoidostomie au jeune âge.

Observation : il s'agit de madame BK âgée de 60 ans aux antécédents de cystectomie avec dérivation urinaire par anastomose urétérosigmoidienne pour tumeur vésicale à l'âge de 25ans, de pyélonéphrite récidivante et d'un séjour en réanimation pour Coma métabolique. Elle a consulté les urgences pour EME. L'anamnèse trouve la notion de diarrhées depuis 5 jours sans notion de fièvre.

A l'examen: GAD:2,14 g/l, température 37°C, pâleur cutanéo-muqueuse et signes de déshydratation. Sur le plan neurologique : GCS=3/15 sans signes de localisation ni syndrome méningé. Sur le plan respiratoire: polypnée, balancement thoraco-abdominal avec des râles ronflants et une SpO2= 87% à l'air ambiant. Sur le plan hémodynamique: TA=110/80mmHg, FC=100bpm. L'abdomen était souple et dépressible. Elle avait une cicatrice sous ombilicale médiane solide et au toucher rectal, le sphincter était normotonique. A la biologie: NFS : GB=7810ele/mm3 ; Hb=10.3g/dl, Plq=186000^{em}/mm3 ; CRP=15 mg/l; insuffisance rénale (Urée=2,33g/l, créat=256µmol/l); hypernatrémie=150mmol/l et hyperphosphorémie=1.46mmol/l. A la gazométrie : sous 10l/min d'O2: acidose métabolique décompensée (PH: 7,20; PCO2=16.9 mmHg; HCO3=11mmol/l; PaO2=312mmhg; SaO2=98%). Rx thorax: normale. TDM cérébrale: séquelles d'un accident vacsulaire cérébral occipital droit.

L'origine métabolique multifactorielle (hypocalcémie, hypernatrémie et acidose métabolique) de l'EME avait été retenue. Un traitement anticonvulsivant était prescrit et la patiente était intubée, ventilée et sédatée. Une alcalinisation par du sérum bicarbonaté à 42%° ainsi que du Ringer Lactate était démarrée ainsi qu'une correction de

l'hypernatrémie par du sérum hypotonique et une supplémentation potassique, calcique et vitaminique. L'évolution initiale était marquée par l'aggravation de l'acidose métabolique d'où le recours à l'hémodialyse avec normalisation de la gazométrie à J4 d'hospitalisation. La patiente s'est réveillée sans signes déficitaires et a pu être sevrée de la ventilation à J16.

Discussion : L'urétérosigmoidostomiede type Coffey est une dérivation urinaire interne qui utilise le côlon et le rectum comme nouveau réservoir urinaire, le sphincter anal comme moyen de continence. Ses inconvénients sont le reflux gazeux et fécal dans la voie excrétrice, l'infection urétérorénale et les troubles hydro-électrolytiques. Cette technique utilisée dans notre cas; est responsable d'une acidose métabolique. Celle-ci est liée d'une part à la réabsorption d'ions H+ et Cl- contenus dans les urines (lors de leur contact avec la muqueuse digestive) et d'autre part à la sécrétion par la muqueuse digestive de bicarbonate qui se produit en échange avec le chlore. Le traitement préventif repose sur des boissons alcalines pour palier à la fuite des bicarbonates.

Conclusion: Les techniques d'utilisation de l'intestin en urologie présentent toutes un risque métabolique dû au contact des urines avec le segment intestinal et/ou à l'exclusion de ce dernier de la continuité intestinale. Ces complications métaboliques à traduction clinique variable, devraient être reconnues par tout praticien afin d'en améliorer la prise en charge.

P. 144. Epuration extrarenale conventionnelle chez les malades de Réanimation : Tolerance et efficacité

Auteurs : R.Aloui 1 ; I.Fathallah1 ; S.Habacha 1 ; A. Abderrahim 1 ; M.Tobich 1 ;H. Kallel 1 ; D.Sakis 1 ;M. Boujelben 1 ; O.Saidane 2 ;N. Kouraichi 1

Service et Hôpital : *1) Service de réanimation médicale de l'hôpital régional de ben Arous 2) Service d'hémodialyse de l'hôpital régional de ben Arous*

Introduction : L'insuffisance rénale aigue en réanimation est un problème majeur puisqu'elle s'associe à une récupération faible et à une mortalité élevée. L'objectif de notre travail était d'étudier le profil épidémiologique des insuffisances rénales aigues nécessitant le recours à l'épuration extrarénale et d'évaluer la tolérance et l'efficacité de l'hémodialyse.

Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective dans un service de soins intensifs sur une période allant du 17 octobre 2016 au 13 octobre 2017. Ont été inclus tous les patients qui ont présenté une insuffisance rénale aigue nécessitant le recours à l'hémodialyse. La technique d'épuration extra-rénale utilisée était l'hémodialyse intermittente avec transfert des malades au service d'hémodialyse. La dose d'ultrafiltration était discutée au cas par cas entre réanimateurs et médecins dialyseurs. Au cours des séances, la surveillance des malades intubés ventilés était assurée par un infirmier du service de réanimation.

Résultats : Nous avons colligés dix patients, ce qui représentait 9% des admissions de notre service au cours de cette période. L'âge moyen était de 61 ans ± 10, le sexe ratio H/F était de 2,3, l'IGS 2 moyen était de 53 ± 18, huit patients étaient intubés, ventilés. Six parmi nos patients étaient diabétiques et quatre avaient une insuffisance rénale chronique mais n'étaient pas au stade d'hémodialyse. L'insuffisance rénale aigue était secondaire à un état de choc chez les sept patients non connus insuffisants rénaux chroniques. Le délai moyen de recours à l'hémodialyse par rapport à l'admission était de 5 ± 3 jours. Le nombre total des séances était de 32, et le nombre moyen de séance par patient était de 3 ± 1 avec des extrêmes à 1 et à 7 séances. Douze séances ont été démarrées chez des patients en état de choc avec une dose médiane de noradrénaline de 2,8 mg/h [1,5 ; 7,3]. La durée moyenne des séances était de 171 ± 38 minutes. La dose d'ultafiltration moyenne était de 1,65 ± 0,68 Kg avec des extrêmes à 0,8 et à 4. Le taux médian de réduction de l'urée était de 28% [18 ; 42]. Les principaux incidents survenus au cours des séances d'hémodialyse étaient l'hypoglycémie (n=4), l'hypotension (n=2), et un arrêt cardio-respiratoire probablement secondaire à une hyperkaliémie à 6 mmol/L.

Quatre patients ont gardé une fonction rénale altérée et quatre sont décédés. Deux patients ont récupéré une fonction rénale strictement normale.

Conclusion : Bien que certains de nos patients étaient en état de choc, peu d'incidents hémodynamiques ont été enregistrés et ce grâce à une bonne coordination entre les réanimateurs et les médecins dialyseurs.

Le rendement des séances reste insuffisant, ce qui impose une réévaluation des doses de dialyse.

P. 145. Acidocétose diabétique en milieu de réanimation : expérience de l'hôpital de Bizerte

Auteurs : I trabelsi, H Ghadhoune, J Guissouma, F Ben Aba, S Maatouk, A Triki, H. Brahmi S. Souissi, M. Samet, H. El Ghord
Service et Hôpital : *Service de réanimation médicale Hôpital Bougatfa Bizerte, faculté de médecine Tunis*

Introduction : L'acidocétose diabétique est une complication métabolique grave du diabète sucré souvent d'évolution favorable. Les données cliniques à propos d'une telle complication en milieu de réanimation tunisienne restent inconnues. Objectif : Décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs de l'acidose diabétique dans le service de réanimation médicale de Bizerte.

Patients et méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective longitudinale descriptive, étendue entre janvier 2011 et décembre 2016. Elle est réalisée dans le service de réanimation médicale (capacité de 06 lits réduite à 04 lits depuis Mai 2016) de l'hôpital régional Habib Bougatfa à Bizerte (capacité de 341 lits). Ont été inclus tous les patients admis pour acidocétose diabétique.

Résultats : trente-trois patients ont été colligés. La médiane d'âge était de 36 (16-78) avec une prédominance féminine (10/23). Il s'agit d'un diabète inaugural dans 24.2% (8/33). L'ancienneté du diabète était de plus de 5 ans chez 50% des patients diabétiques. Seulement 27.4% des diabétiques étaient au stade de complications dégénératives. La gravité du tableau à l'admission était évaluée par les scores de gravités et le score GCS [IGS2 : moy 27.73±12.2, APACHE2 : moy 12.9±9.1, GCS : médiane 14 (3-15)]. Une instabilité hémodynamique n'a été rapportée que dans 21% des cas. Un rapport P/F < 300 a été observé seulement dans 12% des cas. Le bilan biologique à l'admission montrait une acidose métabolique majeure (avec un pH moy =7.12±0.12 et bicar moy=6.61±4) et une hyperglycémie moy 6.25 ± 2.32. Plus de 60% des patients avaient une créatinémie > 100µmol/l. Une hyponatrémie <135 mmol/l a été observée dans 51.2% des cas. Dans 25% des cas la kaliémie était inférieure à 3.5 mmol/l. le recours à la VM n'était nécessaire que chez 15.2% des patients. Au cours de la prise en charge initiale, l'hydratation moyenne était de 5052.8±1312.6 ml/24h. L'insulinothérapie moyenne reçue était de 80.74 ± 51.2. L'évolution était favorable chez la plupart des patients. La durée de séjour médiane était de 4 jours [1-27]. Le décès n'a été constaté que chez trois patients (9.1%).

Commentaires : il s'agit d'une pathologie peu fréquente en milieu de réanimation. C'est une complication redoutable du diabète. Son pronostic dépend d'une meilleure connaissance de la physiopathologie et de la rapidité de la pris en charge initiale.

Thème Complications Iatrogènes

P. 146. Dress syndrome à la salazopyrine : A propos d'un cas

Auteurs : I. Rachdi, N.Hajjam*, Z.Aydi, F.Daoud, H.Zoubeidi, B.Ben Dhaou, F. Boussema
Service et Hôpital : *Service de médecine interne, Hôpital Habib Thameur, Tunis, Tunisie*

Introduction : Le syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse ou DRESS syndrome est une toxidermie grave induite par certain médicaments à risque. Sa gravité est liée aux manifestations systémiques pouvant évoluer vers une défaillance multiviscérale engageant le pronostic vital. Nous rapportons une nouvelle observation de DRESS syndrome à la salazopyrine.

Observation : Un patient âgé de 28 ans, était admis pour exploration d'un rash cutané dans un contexte fébrile. Dans ses antécédents, on trouvait la notion de rectocolite hémorragique initialement sous azathioprine arrêté il y a six semaines avec introduction de la salazopyrine. L'examen physique révélait une érythrodermie desquamative fébrile avec un oedème du visage. Il n'y avait pas d'atteinte des muqueuses. La biologie montrait une hyperéosinophilie à 1800 éléments/mm3, une protéine C réactive (CRP) à 256 mg/l, une insuffisance rénale avec une clairance de la créatinine à 47 ml/mn, une cytolyse hépatique (ASAT=200UI/l ; ALAT =235UI/l) et une cholestase à 3 fois la normale. Les sérologies de l'HVB, HVC, CMV, EBV et VIH étaient négatives. Le bilan immunologique notamment les anticorps antinucléaires et la cryoglobulinémie était négatif. La biopsie cutanée avait conclu à un aspect compatible avec un DRESS syndrome. Le diagnostic de DRESS syndrome à la salazopyrine était retenu. L'évolution était favorable à l'arrêt du traitement et sous corticothérapie avec une négativation de la CRP et une normalisation de la fonction rénale et hépatique.

Discussion : Le DRESS syndrome répond à des critères clinico-biologiques bien définis associés à des critères chronologiques caractéristiques. Sa physiopathologie fait intervenir un terrain immunogénétique prédisposant et une réactivation des herpèsvirus dominés par le virus HHV-6. Les médicaments imputables sont en nombre limité et parmi lesquels la salazopyrine. Son pronostic reste conditionné par les manifestations viscérales graves.

Conclusion : Il faut savoir penser au DRESS syndrome devant tout signe d'intolérance après une introduction médicamenteuse récente notamment d'un médicament à risque. Outre l'arrêt du traitement en cause, la prise en charge peut faire intervenir des traitements systémiques notamment devant des manifestations viscérales redoutables.

P. 147. Une sténose trachéale révelant une polychondrite atrophiante de l'adulte jeune

Auteurs : M.El Euch, M. Hassouna, M.Mahfoudhi, F.Jaziri, K.BenAbdelghani, S.Turki, T.Ben Abdallah
Service et Hôpital : *Sevice de Médecine Interne « A », hôpitalCharles Nicolle, Tunis, Tunisie*

Introduction : La polychondriteatrophiante (PCA) est une maladie rare d'étiologie inconnue caractérisée par une inflammation non infectieuse récurrente des tissus cartilagineux et conjonctifs. Ses présentations cliniques varient considérablement d'un patient à l'autre et l'atteinte de plusieurs organes et a été signalée. Nous rapportons une observation originale d'une jeune patiente pourlaquelle le diagnostic de PCA a été porté suite à une sténose trachéale.

Observation : Une patiente de 27 ans s'est présentée fièvre, toux et dyspnée évoluant depuis huit mois. La radiographie thoracique a montré une sténose trachéale et la TDM du cou a montré un rétrécissement du larynx (environ 3 cm jusqu'à la carena). L'IRM a révélé une sténose des voies aériennes de la trachée aux bronches lobaires. L'analyse des gaz du sang artériel a montré un pH 7,4, PaCO2=37 mmHg, PaO2 de 60 mmHg, SaO2= 94% et HCO3-=24 mEq/L à l'air ambiant. Toutes les explorations biologiques étaient sans anomalies en dehors de la CRP (62 mg/L) et la ferritinémie(560ng/L). La biopsie du larynx a montré une laryngite catarrhale non spécifique. Elle a été traitée immédiatement intubée et mise sous fortes doses de glucocorticoïdes. En raison des risques potentiels de compromis des voies aériennes lors de l'intubation et/ou d'extubation et la régression de l'œdème trachéal, elle a été extubée 5 jours plus tard et trachéotomisée. Quelques mois plus tard, elle a développé une uvéite antérieure bilatérale et une chondrite nasale traitée avec des glucocorticoïdes avec succès. Le diagnostic de PCA a été porté suivant les critères suivants établis par MacAdam et al et Damiani et Levine. Elle a été traitée par de fortes doses de glucocorticoïdes en association avec l'azathioprineavec évolution favorable et stabilisation de la sténose bronchique.

Conclusion : Notre observation illustre les manifestations cliniques polymorphes de la PCA. En effet, les signes respiratoires étaient au premier plan et les signes rendant le diagnostic positif difficile. On souligne également l'efficacité des corticoïdes en association avec l'azathioprine.

P. 148. Un Dress syndrôme compliquant une maladie de Behçet

Auteurs : M.El Euch, M. Hassouna, M. Mahfoudhi, F.Jaziri, K. Ben Abdelghani, S.Turki, T. Ben Abdallah
Service et Hôpital : *Service de Médecine Interne « A », hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie*

Introduction : Le Dress syndrome (DS) relatif à «Drug Rash withEosinophilia and SystemicSymptoms » a été décrit pour la première fois en 1996 comme étant une manifestation lymphome like. Nous rapportons une nouvelle observation d'un DS survenu chez un patient suivi pour maladie de Behçet.

Observation : Il s'agit du patient JH âgé de 50 ans qui était admis initialement pour ischémie aigue du membre inférieur droit confirmée par doppler artériel nécessitant un pontage fémoro tibial. Le diagnostic de MB a été retenu devant la présence d'aphtose bipolaire récidivante, les lésions de pseudofolliculite, une vascularite rétinienne et l'atteinte vasculaire. Il a été traité par corticothérapie à pleine dose avec cyclophosphamide et colchicine. L'évolution initiale était favorable. Cependant, au bout de 5 ans, une crise de goutte a nécessité le renforcement des doses de colchicine et un relais par l'allopurinol. L'évolution sur le plan articulaire était favorable mais au bout d'une semaine, elle était marquée par l'apparition d'un érythème prurigineux maculopapuleux généralisé débutant au visage puis généralisé au tronc et aux membres. A l'examen, il était fébrile à 39°C. La biologie a révélé une hyperleucocytose à 21000 élts/mm3, hyperéosinophilie à 1120 élts/mm3, CRP à 61 mg/l, une cytolyse à trois fois la normale. Tous les prélèvements bactériologiques étaient négatifs. Le diagnostic de DS induit par l'allopurinol était retenu. La conduite à tenir était d'arrêter le médicament causal en plus d'une corticothérapie locale et générale. L'évolution était favorable sur le plan cutané ainsi que normalisation de toutes les perturbations biologiques.

Conclusion : Le DS reste une complication grave parfois fatale qu'il importe de rechercher devant toute éruption fébrile consécutive à une prise médicamenteuse. L'arrêt du traitement est obligatoire et doit être le plus rapidement possible pour éviter ses complications potentielles.

P. 149. Imagerie des principales localisations des accidents hémorragiques liés aux AVK

Auteurs : A.Sayhi, B.Korbsi*, E.Naffeti, N.B Kahla*, M.Mekki, M.Bayar, A.Khelil.
Service et Hôpital : *Service des Urgences-SMUR CHU Maamouri Nabeul Tunisie*

Introduction : Les accidents hémorragiques liés aux AVK sont en premier rang des effets iatrogènes. Ils sont fréquents et peuvent être graves, La première étape consiste à poser le diagnostic d'un accident hémorragique, d'apprécier l'abondance du saignement et son retentissement hémodynamique. La détermination du siège du saignement est également une étape importante dont dépendra le pronostic vital et/ou fonctionnel. L'imagerie joue, à ce stade, un rôle majeur. Nous illustrons à travers ce travail les principales localisations des surdosages en AVK.

Matériels et méthodes: Etude rétrospective portant sur 10 observations radio-cliniques de patients ayant consulté en urgence pour des manifestations cliniques diverses en rapport avec un surdosage en AVK. Une TDM a été réalisée chez 8 patients et une échographie des parties molles chez 2 patients.

Résultats: L'âge moyen des patients a été de 68 ans. L'échographie a montré un hématome du mollet chez 2 patients. La TDM a mis en évidence un hématome du muscle grand droit dans 3 cas, un hématome de la paroi d'une anse grêle dans 3 cas, compliqué d'une occlusion dans 1 cas. Un hématome intracérébral a été objectivé dans 1 cas.

Conclusions: Les accidents hémorragiques liés aux AVK peuvent être graves ce qui en fait une situation redoutée et dont la prise en charge doit être bien codifiée. L'imagerie peut aider à localiser le saignement et à apprécier son abondance.

P. 150. Les toxidermies médicamenteuses grâves (à propos de sept cas)

Auteurs : M. Hassouna, M.A. Cherif, Y.Z. Hechmi,
Service et Hôpital : *Service des urgences et de réanimation, Hopital Habib Thameur*

Introduction : Les toxidermies correspondent aux effets indésirables médicamenteux à expression cutanéo-muqueuse. La fréquence des formes graves est de 2%. L'objectif de cette étude était de décrire le profil épidémiologique, clinique et étiologique de ces toxidermies et les médicaments les plus incriminés.

Méthodes : Il s'agissait d' une étude rétrospective qui a duré un an, entre janvier 2013 et avril 2016 et ayant inclus tous les patients chez qui le diagnostic de toxidermie a été posé aussi bien sur des critères cliniques, biologiques, immunologiques ou anapathologiques.

Résultats : Durant la période de cette étude, nous avons colligé 7 patients ayant consulté les urgences de l'hopital Habib Thameur ou transférés dans notre service de réanimation et chez qui le diagnostic de toxidermie a été suspecté puis confirmé. L'age moyen était de 39±1,62 avec une prédominance féminine (sexe ratio F/H=5). Les traitements incriminés dans ces toxidermies étaient par ordre de fréquence : les antibiotiques suivis par les anti épileptiques .Le délai d'apparition de la symptomatologie cutanée par rapport à la prise médicamenteuse était de 15 ± 3,6 j. L'examen clinique avait trouvé un exanthème maculo papuleux chez tous les patients et une fièvre chez 5 patients. A la biologie ; une insuffisance rénale fonctionnelle a été trouvée chez 3 patients, une atteinte hématologique à type de cytopénie a été retrouvée chez 4 patients, une cytolyse chez 3 patients, une hyperamylasémie chez 1 seul patient, des troubles ioniques à type d' hypophosphorémie chez 2 patients. Une hyperéosinophilie a été documentée chez 3 patients. Le diagnostic étiologique a été fait sur l'aspect clinique des lésions, le tableau clinique et biologique chez 3 patients et par examen anapathologique des lésions chez 2 patients. Un DRESS syndrome a été retenu chez deux patients, un syndrome de lyell chez deux patients. Dans trois cas les toxidermies n'ont pas pu etre identifiées. L'évolution était favorable chez 6 patients. Un seul patient est décédé dans un tableau de défaillance multiviscérale.

Conclusion : les toxidermies sont une pathologie potentiellement grave pouvant être mortelle. Une démarche d'imputabilité doit être instaurée dès le diagnostic à la recherche du médicament incriminé et une prise en charge rapide doit être débutée.

P. 151. Hématome sublingual lié à un surdosage en AVK: à propos d'un cas

Auteurs : Bouhaouala F, Sedghiani I, hanen I, Mekki I, Zaghdoudi I, Cherif MA, Jerbi Z
Service et Hôpital : *Service des urgences réanimation, Hopital Habib Thameur de Tunis*

Introduction: Les complications hémorragiques de l'anticoagulation orale sont fréquentes et concernent le plus souvent le tractus digestif, le système génito-urinaire ou les structures cérébrales. L'atteinte des voies aériennes supérieures est rarement rapportée dans la littérature et pose la difficulté de contrôle des voies aériennes supérieures dont l'obstruction peut être responsable d'une asphyxie mortelle.

Observation: Nous rapportons le cas d'une patiente de 76 ans aux antécédents d'hypertension artérielle, de diabète, de dyslipidémie, d'une insuffisance coronarienne et d'une arythmie cardiaque et d'un remplacement mitral pour lesquels elle était sous Sintrom® à la dose de 3mg/ j depuis 6 ans avec notion de plusieurs épisodes de surdosage qui nous consulte pour hématome de la langue.

Après avoir été traitée par l'amoxicilline-acide clavulanique depuis trois jours pour une angine, la patiente a remarqué l'apparition d'un hématome de la langue la motivant à consulter. L'examen retrouve une patiente stable sur le plan hémodynamique et eupnéique et objective la présence d'un hématome du plancher buccal et de la face ventrale de la langue et de pétéchies au niveau du palais avec mobilité non limitée de la langue. Par ailleurs, on a noté la présence d'un hématome étendu sur toute la face antérieure du cou et arrivant au niveau de la partie supérieure du thorax sans œdème associé. La nasofibroscopie a montré des pétéchies au niveau du palais avec un larynx sain avec absence d'obstruction des voies aériennes. La tomodensitométrie cervicale a montré une infiltration de la graisse sous mandibulaire et de l'espace cervical antérieur étendue jusqu'en regard de l'orifice cervico thoracique et absence d'œdème laryngé. Par ailleurs le cavum et la filière aérodigestive étaient libres avec présence de plusieurs ganglions. La biologie a révélé un INR >15 et une hémoglobine à 10 g/dL. La patiente a eu une réversion de l'anticoagulation par de la vitamine K (5mg) avec un INR cible= 2. L'évolution était favorable avec régression des hématomes lingual et cervical au bout de 5 jours.

Conclusion : L'hématome sublingual est une complication inhabituelle du traitement anticoagulant oral. Il faut l'évoquer devant toute odynophagie chez un patient sous Sintrom®. La prise en charge doit être rapide par le contrôle des voies aériennes supérieures en parallèle avec une réversion de l'anti coagulation.

P. 152. The digoxin, an efficient anti-arrhythmic, but... A case report

Auteurs : T. Kharraz*, A. Slama, K. Zaouche, K. Mejed
Service et Hôpital : *La Rabta, service des urgences*

Introduction: Iatrogeny is a daily preoccupation for physicians. We take in this article the example of the digoxin use which can lead to intoxication. The aim of this work is, on one hand, to highlight the necessity of the development of protocols that avoid digitalis toxicity and enable a safer use, and, on the other hand, to show some aspects of its management.

Observation: A 71 year-old woman is brought by her family at the National Institute of Neurology because of heaviness of her left hemibody and aphasia which appeared the same day. The physician found left hemiparesis, and proceeded to the achievement of a cerebral CT scan which was normal. An ischemic stroke was diagnosed but the patient was rapidly addressed to the Rabta Emergencies to manage her bradycardia. As soon as she arrived, she was examined by the medical team who objectified the neurologic localization signs in favor of the ischemic stroke, in a woman who was unconscious with 9/15 of GS and normal blood glucose level in the fingertip, who had an accelerated respiratory rate at 24 cpm, and who was hemodynamically stable while suffering from a bradycardia amounted to 32 bpm, confirmed by the ECG. The questioning of some of her family members revealed a complex past medical history including a hyperparathyroidism, a thyroid hyperfunction, and a complete arrhythmia caused by atrial fibrillation. Her medications included: digoxin, sintrom, furosemide, acetylsalicylic acid, moxonidine and enalapril. And concerning the history of her current illness, she particularly suffered from vomiting since about a month and from constipation treated with lactulose. The diagnosis of digoxin intoxication in an old woman was then established, and an hypokaliemia was suspected. The course followed consisted principally of administrating 500 ml of physiological serum supplemented with potassium and magnesium and putting the patient under Adrenalin by the syringe pump, without forgetting oxygenotherapy. Thereafter, she was evacuated to the cardiac ICU for implementing a cardiac pacing catheter.

Conclusion: Digoxin intoxication is an important issue which could be easily overlooked. Reducing its recommended therapeutic range and decreasing its use are indeed the first actions to be taken, especially in elderly people, since for them intoxication is fostered by multiple factors, among which renal impairment, lower body weight and some drug interactions. Furthermore, it's important to constantly monitor the plasma digoxin during pharmacotherapy, knowing that the physician shouldn't blindly rely on this parameter as a screening means because it doesn't seem to be a reliable one, since intoxication can occur even when it's within the therapeutic range. Finally, it's worth noting that, once the intoxication diagnosed; based on a body of arguments, digoxin specific antibody fragments should be involved, especially used when there is a risk of a life-threatening arrhythmia.

P. 153. Les effets secondaires du bleu patenté V utilisé en chirurgie carcinologique mammaire

Auteurs : F . Ferhi, S . Maaref*, M . Khedher, N . Chrigui, N . Helal, M . Chniti, MA . Bousslema, K . Tarmiz, K . Benjezia .
Service et Hôpital : *Service d'Anesthésie-Réanimation, CHU Farhat Hached, Sousse .*

Introduction : Le bleu patenté V est utilisé en carcinologie comme colorant dans la technique du ganglion sentinelle dans le cancer du sein. On a pu décrire des effets secondaires de ce colorant notamment les réactions allergiques.

Moyens : Il s'agit d'une étude rétrospective à propos de 37 patientes ayant eu du bleu patenté V. Après intubation et désinfection locale, 2 ml sont injectés en périaréolaire au niveau parenchymateux et en intradermique.

Résultat : Au total 8 patientes sur 37 ont présenté des réactions indésirables : 5 réactions non- allergiques (1.85) ;1 réaction allergique grade I (0.37)à titre d'urticaire, prurit, rash généralisé ; 4 réactions grade II(1.48%) à titre hypotension transitoire, bronchospasme, laryngospasme et 1 réaction grade III (0.37%) à titre d'une hypotension sévère nécessitant le recours à des vasopresseurs . Aucun cas de décès n'a été observé.

Conclusion : L'utilisation du bleu patenté V dans la chirurgie carcinologique mammaire n'est pas dénuée de risque. On n'a pas décrit des conséquences majeures sur la morbidité. Cependant le chirurgien et l'anesthésiste doit être attentif aux risques allergiques possibles.

P. 154. Sécurité des soins infirmiers chez les patients ventilés mécaniquement en réanimation

Auteurs : N.Bouker, F.Dachraoui W.Nouira, K Hraiech, M.Tlili, S. Boukadida, A Ouni, H Zorgati, Z.Hammouda I Ouanes, L Ouanes Besbes, F Abroug
Service et Hôpital : *Service de Réanimation Polyvalente, CHU Fatouma Bourguiba, Monastir*

Rational : Le contexte d'une prise en charge en réanimation peut engendrer de nombreuses complications notamment chez les patients ventilés mécaniquement. Ces dernières peuvent être causées par le matériel utilisé et/ou l'alitement prolongé. L'objectif de cette étude était de décrire la Sécurité des soins infirmiers chez les patients ventilés mécaniquement en réanimation.

Patients et méthodes : Entre le 1er aout 2017 et 15 septembre 2017, tous les patients consécutivement admis au service de Réanimation Polyvalente du CHU Monastir et nécessitant une ventilation mécanique invasive ont été inclus. Nous avons noté leurs caractéristiques démographiques (âge, sexe, SAPS III, BMI, comorbidités et diagnostics) ainsi que tous les soins infirmiers qui lui ont été pratiqué pendant la période matinale (7h-13h) : mobilisation, aspiration trachéales, radiographie au lit, changement de pansement. Les paramètres cliniques avant / pendant les soins (TAS, TAD, FC, SaO2) ainsi que les incidents et les interventions médicales potentielles ont été également noté.

Résultats : Durant la période d'étude, 12 patients (52 ans ±18, 8 hommes, BMI=29,3±7,2, SAPS III=60±16 et SOFA=5(IQR=) ont été inclus, présentant des défaillances reptatoires, hémodynamiques et neurologiques dans 83%, 50% et 33% respectivement. 122 activités de soins ont été notées : mobilisation = 18%, radiographie au lit=38%, aspiration trachéale = 20%, soins des cathéters et sondes d'intubation=24%. Les soins infirmiers étaient réalisés sous sédation et vasopresseurs dans 52,1% et 23% respectivement. 22 incidents ont été noté (baisse de la saturation=11 ; hypotension=5 ; hypertension=2 ; modification de la fréquence cardiaque =3, déplacement d'une sonde d'intubation=1) nécessitant 19 interventions médicales (augmentation de FiO2=12 ; introduction ou modification de posologie des vasopresseurs = 5, intubation=1 ; pose de cathéter =1). Seuls les patients qui ont nécessité une introduction ou augmentation de la posologie de vasopresseurs (n=5) avaient une modification statistiquement significative de leurs paramètres vitaux avant et pendant le soin en question : FC/mn(IQR) =94(31) vs 87(33), TAS mm Hg(IQR) =132(36) vs 93(78), TAD mm Hg (IQR) =53(13) vs 40(20), SaO2% (IQR) =95(7) vs 88 ; p<0.05.

Conclusion : La majorité des soins infirmiers réalisés en réanimation chez les patients ventilés mécaniquement se déroulent sans incidents même parmi ceux qui sont sous vasopresseurs.

P. 155. Le Dress syndrome secondaire aux antituberculeux chez un patient atteint d'une neuromyopathie : A propos d'un cas.

Auteurs : K.Bouchaala, N.Tilouche, H.Ben Sik Ali, M.Lahmer, R.Gharbi, M.Fekih Hassen, S.Elatrous
Service et Hôpital : *Réanimation Médicale EPS Tahar Sfar Mahdia*

Introduction : Le Drug Related Eosinophilia Systemic Syndrom (DRESS) est une réaction d'hypersensibilité médicamenteuse associant une éruption cutanée, une hyperthermie, des adénopathies diffuses, une éosinophilie sanguine et une atteinte systémique. Il est potentiellement grave, avec une mortalité estimée à 10%. Nous rapportons un cas de DRESS syndrome aux antituberculeux avec découverte d'une neuromyopathie de Steinert.

Patient et observation : Patient âgé de 38 ans, ayant une tuberculose pulmonaire traitée par l'association rifampicine, Ethambutol, isoniazide et pyrazinamide (HRZE) 3 cp/jour. A j 38, il a présenté une fièvre, des lésions cutanées maculeuses squameuses et prurigineuses généralisées motivant son hospitalisation en pneumologie. Le diagnostic de DRESS syndrome a été suspecté Malgré et le traitement antituberculeux a été arrêté, mais l'état du patient s'est aggravé avec installation d'une atteinte hépatique et une hypereosinophilie à 3000 avec 10% de lymphocytes atypiques. Devant l'installation d'une insuffisance respiratoire aigue le patient est transféré en réanimation après intubation et ventilation mécanique. L'administration d'une corticothérapie à la dose de 1mg /kg d'équivalent prednisone a permis une amélioration clinique et biologique sans aggravation de la tuberculose. La biopsie cutanée a confirmé le diagnostic de DRESS. L'évolution a été marquée par des difficultés de sevrage de la ventilation mécanique en rapport avec une faiblesse musculaire importante. L'EMG a objectivé une neuropathie distale avec atteinte myogène diffuse et myotonie concordant avec une maladie de Steinert, l'interrogatoire a confirmé les antécédents familiaux de myopathie congénitale (un frère et une sœur décédés). La réintroduction des antituberculeux a été faite progressivement avec réapparition de la réaction allergique à la réintroduction de l'éthambutol qui a été donc incriminé chez ce patient.

Discussion : Le DRESS syndrome est un syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse. Les symptômes surviennent après 2 à 6 semaines du début du traitement le plus souvent par une atteinte cutanée et hépatique. Notre patient présente 4 critères en faveur du diagnostic : une hyper éosinophilie, suspicion de lien entre réaction et médicament, fièvre à 38.5°, et le rash cutané. Tous les médicaments antituberculeux peuvent induire un DRESS syndrome. Le traitement repose sur l'arrêt du médicament incriminé et la corticothérapie systémique dans les formes sévères avec défaillance d'organe.

Conclusion : Le DRESS syndrome, secondaire au traitement antituberculeux est rare. Son pronostic dépend du retentissement viscéral et la réponse à la corticothérapie. La présence d'une myopathie est un élément péjoratif.

P. 156. Rhabdomyolyse médicamenteuse au cours de l'asthme aigue grave

Auteurs: M.Zghid*(1), O.Beji(1), R.Atigue(1), D.Benbraiek(1), G.Sboui(1), C.Jbeli(2), H.Hammouda(1)
Service et Hôpital : *(1)service réanimation médicale CHU Sahloul sousse (2) service des urgences du CHU Sahloul sousse*

Introduction : La rhabdomyolyse est un syndrome clinico- biologique dû à la lyse des fibres musculaires striées squelettiques dont le contenu est libéré dans la circulation sanguine. La rhabdomyolyse sévère est une complication rare mais potentiellement fatale de l'asthme aigue grave qui peut être multifactorielle. Le diagnostic positif est biologique. Nous rapportons une observation illustrant la rhabdomyolyse médicamenteuse sévère au cours de l'asthme aigue grave.

Observation : Une patiente âgée de 29 ans aux antécédents d'asthme allergique mal suivie admise en réanimation pour asthme aigue grave décompensée par une pneumopathie infectieuse communautaire nécessitant le recours à la ventilation mécanique invasive. Devant des difficultés ventilatoires, la patiente a été mise sous une sédation optimale et des beta2 mimétiques en Intraveineux en association avec une corticothérapie à forte dose. A H 72 d'hospitalisation, devant la récidive d'un bronchospasme Sévère, on a introduit les curares (cisatracurium) en continu. On a noté une amélioration nette sur le plan respiratoire mais une ascension des chiffres des CPK, LDH et troponines. Cette rhabdomyolyse sévère a été compliquée d'une insuffisance rénale anurique nécessitant le recours à l'hémofiltration qui a conduit à une dégression progressive des chiffres des enzymes. Ci-dessous une courbe illustrant l'évolution des CPK.

Discussion : La rhabdomyolyse sévère au cours de la prise en charge de l'asthme aigue grave est multifactorielle. Elle peut être d'origine médicamenteuse, infectieuse, métabolique, ou un défect génétique. Pour les causes médicamenteuses on peut citer en premier l'association des curares avec des doses élevées des corticoïdes qui est l'étiologie la plus plausible dans notre cas et la plus fréquemment illustrée dans la littérature. Les infections surtout à germes atypiques (mycoplasme pneumonia, Legionella ...) provoquent parfois une lyse musculaire direct par l'effet des toxines et les médiateurs de l'inflammation.

Conclusion : La rhabdomyolyse médicamenteuse sévère au cours du traitement de l'asthme aigue grave est dû essentiellement à l'association corticoïdes et curares. L'évolution vers l'insuffisance rénale aigue est la complication la plus redoutable.

P. 157. Arrêt cardiaque par embolie gazeuse : Complication rare de l'hemodialyse

Auteurs : D.Ben Braiek*(1), O.Beji(1), R.Atig(1), G.Sboui(1), M.Zghidi(1), C.Jebali(2), H.Hmouda(1)
Service et Hôpital : *(1) Service de réanimation médicale du CHU Sahloul Sousse (2) Service des urgences du CHU Sahloul Sousse*

Introduction : Le patient en hémodialyse chronique a un risque d'arrêt cardio-respiratoire (ACR) 10 à 20 fois plus élevé que la population générale. Au cours de l'hémodialyse, l'ACR suite à une embolie gazeuse est une urgence gravissime de survenue extrêmement rare et très probablement sous-estimée du fait de la difficulté diagnostique. Elle est d'origine iatrogène dans 94% des cas et reste un accident redoutable, encore mortel ou laissant de lourdes séquelles neurologiques. Nous rapportons le cas d'un patient insuffisant rénal chronique présentant un ACR suite à une embolie gazeuse au début d'une séance d'hémodialyse.

Observation : Mr WB âgé de 53 ans aux antécédents de cardiopathie ischémique, HTA, diabète compliqué de néphropathie diabétique au stade d'insuffisance rénale terminale ayant justifié le recours à l'hémodialyse, a été transféré dans notre service dans les suites d'un ACR récupéré. En effet, au cours de sa deuxième séance d'hémodialyse, 10 minutes après le branchement du circuit extracorporel sur une fistule artério-veineuse, le patient a

présenté une tachycardie, dyspnée, chute tensionnelle puis une perte de conscience et une asystolie objectivé au scope. Une réanimation cardio pulmonaire a été entamée et il a récupéré après 20 minutes. On n'a pas objectivé de troubles métaboliques au bilan biologique. La gazométrie a montré une hypoxémie avec acidose métabolique. La radiographie de thorax a montré des foyers de condensations parenchymateuses au niveau des 2 CP en rapport avec la contusion pulmonaire suite au massage cardiaque et l'ECG a montré un rythme régulier sinusal à 126 bpm sans troubles de rythme ni de conduction, ni troubles de la repolarisation. Une échographie cardiaque a été réalisée montrant une FeVG à 45%, absence de troubles de la cinétique segmentaire, des cavités cardiaques non dilatés et absence d'épanchement péricardique. Le diagnostic d'ACR suite à une embolie gazeuse a été retenu devant le contexte et le tableau clinique. À H16 post ACR, à l'arrêt de la sédation, on a constaté une récupération neurologique totale, une stabilisation de l'état hémodynamique sans drogues et une régression des images radiologiques avec amélioration de l'hypoxémie. Le patient a été sevré de la ventilation artificielle à H36. En appliquant les mesures préventives nécessaires, Il a bénéficié d'autres séances d'hémodialyse sans incidents notables.

Commentaires : L'embolie gazeuse est une complication grave qui puisse apparaitre au cours de la séance de dialyse. L'embolie se produit généralement par l'entrée d'air dans la ligne artérielle, aspiré par la pompe à sang. Le diagnostic est difficile à établir, du fait d'une grande diversité clinique. Il est indispensable que le système de détection de la présence d'air donne une alarme acoustique et visuelle, mais aussi bloque la pompe à sang et le retour du sang au patient.

Conclusion : En pratique, tout signe neurologique et/ou cardio-respiratoire au cours de l'hémodialyse doit être considéré comme une embolie gazeuse jusqu'à preuve du contraire. Une évolution favorable dépend de la rapidité de prise en charge. Enfin, prendre des mesures préventives est nécessaire devant cette maladie potentiellement grave.

P. 158. Vancomycin in intensive care: Assessment of an administration plan

Auteurs : F. Daly, H. Doghri, A. Trifi, S. Abdellatif, R. Nasri, Y. Touil, S. Ben Lakhal
Service et Hôpital : *Service de réanimation médicale du CHU La Rabta de Tunis*

Introduction: In spite of the availability of new molecules, vancomycin remains the reference treatment for methicillin-resistant staphylococcal infections. Several plans of administration were proposed for the dose of load, of maintenance and for target serum concentrations to obtain adequate serum concentrations as soon as possible. We report the experience of our department using a continuous infusion protocol with a loading dose of 1 g over one hour and a maintenance dose of 2 g / day with as objective a serum concentration between 25 and 30 mg/L.

Patients and methods: It was a monocentric, observational end retrospective study conducted in the intensive care unit medical of the teaching hospital Rabta of Tunis over a period of 2 years. We included Patients who received vancomycin and who had at least one serum dosage. Vancomycinaemia, the dosage time, and concomitant serum creatinine (in mg /l) were collected. Dosages were done in another hospital and minimal inhibitory concentrations were not provided when a germ was identified.

Results : Among 31 patients who received vancomycin during the study period, 15 (48%) had at least one serum dosage. The mean number was 2.7 (± 1.1) dosage by patient with extremes of 1 and 5 (Figure). The median duration of treatment was 13 days (8-14). The number of dosages by patient was not correlated with treatment duration (Pearson R = 0.451 and p = 0.091). The mean time between vancomycin administration and dosage as well as the mean value and extremes are detailed in table 1. 39 dosages were performed to 15 patients, 6 (15%) were adequate, 26 (70%) under-dosed and 6 over-dosed (15%) (Table 2). Otherwise, 5 patients (33%) had at least one adequate dosage during treatment. Staphylococcus was isolated in 12 cases (80%) including 4 S. aureusand 8 S. sp. Acute kidney injury occurred in 5 patients, 2 of whom had overdosage of vancomycin. The median number of nephrotoxic drugs was 2 with extremes of 1 to 4 by patient. The outcome was unfavorable in 5 patients (33%).

Conclusion: The control of serum level of vancomycin is irregular in our clinical practice and is performed late. The current plan of administration, based on a bolus of 1g over one hour then on an administration of 2g / day in continues infusion, rarely allows to reach the recommended therapeutic targets. Increasing loading and maintenance doses with earlier serum level monitoring as well as raising the awareness of microbiologists to realize the minimal inhibitory concentrations could contribute to optimize the administration of vancomycin.

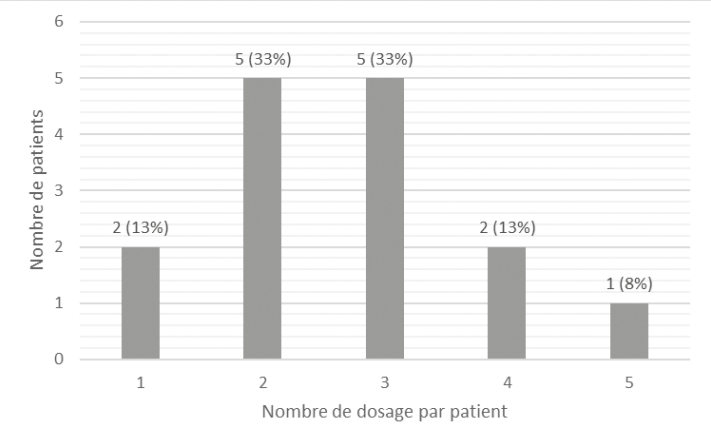


Figure: The number of samples for serum vancomycin dosage by patient

TABLE 1: THE MEAN TIME BETWEEN VANCOMYCIN ADMINISTRATION AND DOSAGE, THE MEAN VALUE AND EXTREMES

	1st dosage	2nd dosage	3rd dosage	4th dosage	5th dosage
Number	15	13	7	3	1
Mean time (days)	3,6 (±1,5)	6,3 (±2,6)	8,7 (±3,8)	8,3 (±0,6)	10
Vancomia (mg/L)	17,1 (±8,3)	28,9 (±22,2)	23,9 (±18,5)	22,5 (±6,1)	25,3
Min and Max (mg/L)	7,25-39	12-94	5-58,22	15,45-26	-

TABLE 2: THE DISTRIBUTION OF PATIENTS ACCORDING TO THE VANCOMYCINAEMIA AND TO THE CHRONOLOGY OF THE SAMPLES

Vancomycinaemia	1st dosage	2nd dosage	3rd dosage	4th dosage	5th dosage	Total n (%)
> 35 mg/L	1	2	1	-	-	4 (10%)
[30-35] mg/L	-	1	1	-	-	2 (5%)
[25-30] mg/L	1	2	1	2	-	6 (15%)
[20-25] mg/L	2	3	-	-	1	6 (15%)
[15-20] mg/L	3	2	2	1	-	8 (21%)
[10-15] mg/L	5	3	-	-	-	8 (21%)
< 10 mg/L	3	-	2	-	-	5 (13%)
Total	15	13	7	3	1	39

Thème Neurologie :

P. 159. Profil des accidents vasculaires cérébraux du sujet âgé dans un service de médecine interne

Auteurs : N.B kahla, E.Rbia*, E.Neffati, S.Marzougui, R.Bawandi, M.Bayar, A.Khelil.
Service et Hôpital : *Services des Urgences- SMUR CHU Maamouri Nabeul Tunisie.*

Introduction : L'accident vasculaire cérébral (AVC) est une pathologie grave, invalidante et de plus en plus fréquente avec le vieillissement de la population. Le but de cette étude est de décrire les particularités épidémiologiques, cliniques et pronostiques de cette pathologie chez la personne âgée.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude descriptive, rétrospective portant sur 98 patients âgés de plus de 65 ans hospitalisés au service de médecine interne par le biais des urgences au CHU Maâmouri Nabeul durant l'année 2016.

Résultats : L'âge moyen est de 69,36±12 ans avec une nette prédominance masculine (SR=2,06). Les antécédents de nos patients sont essentiellement l'hypertension artérielle (73,46%), le diabète (57,14%) et la dyslipidémie (34,69%). 30,61% des nos patients ont des antécédents d'AC/FA et 10,2% ont des antécédents d'AVC. Le déficit moteur a été le principal motif de consultation dans 75,5% des cas. 12,24% de nos patients ont présenté une altération de l'état de conscience dés l'admission. La fièvre a été notée dans 14,28% et une tension artérielle mal équilibrée dans 48,97% des cas. 46,93% des patients ont une hyperglycémie à l'admission. La tomodensitométrie a été pathologique dans 93,88% des cas. Le diagnostic d'AVC ischémique a été retenu chez 73,47% de nos patients. La durée moyenne de séjour a été de 6,6 ± 3,6 jours. La mortalité a été de 20,4% avec comme facteur de mauvais pronostic : les sujets âgés de plus que 75 ans (p<0,001), le sexe masculin (p<0,01), les antécédents de diabète (p<0,025), les antécédents d'AC/FA (p<0,025), les antécédents d'AVC (p<0,05), les troubles de la vigilance et de la déglutition à l'admission (p<0,001), la présence d'une hyperglycémie (p<0,01), des lésions tomodensitométriques étendues (définies par des lésions hémorragiques de plus de 55 millimètre avec inondation des ventricules, des lésions cérébrales hémisphériques) associée ou non à un effet de masse (p<0,01) et la nature hémorragique de l'AVC (p<0,025).

Conclusions : L'AVC du sujet âgé est une pathologie grave, de pronostic sévère. Ses particularités sont encore peu étudiées.

P. 160. L'accident vasculaire hémorragique spontané : Les facteurs de mauvais pronostic

Auteurs : M. Hassouna, M.A. Cherif, Y.Z. Hechmi.
Service et Hôpital : *Service des urgences et de réanimation, Hopital Habib Thameur*

Introduction : L'accident vasculaire cérébral hémorragique spontané (AVCHs) est une pathologie de plus en plus fréquente, grevée d'un pronostic sombre avec une lourde mortalité et des séquelles souvent importantes chez les survivants. Elle pose encore des problèmes essentiels de prise en charge étant donné les moyens thérapeutiques limités dont nous disposons jusqu'à nos jours. L'objectif de cette étude était de trouver les facteurs de mauvais pronostic devant un AVCH.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude prospective menée de janvier 2010 à décembre 2016. Nous avons colligé tous les AVCHs confirmés par scanner cérébral. Les informations démographiques, cliniques et biologiques ont été recuillies à l'admission et à H24. On a considéré le recours à l'intubation ainsi que la mortalité hospitalière comme critères de mauvais pronostic.

Résultats : Entre Janvier 2010 et Février 2016, 129 patients ont été admis pour AVCHs dans notre département, parmi lesquels nous avons retenus 86 patients. La moyenne d'âge (moyenne [IC-95%]) des patients était de 65,2 [62,3-68,0] ans. Trente huit pourcent des patients étaient de sexe féminin. La principale comorbidité observée chez nos patients était l'hypertension artérielle (57%), suivie du diabète (35%). L'intubation a été indiquée chez 12 patients (14%). La durée moyenne de la ventilation mécanique était de 1,5 jour avec des extrêmes allant de 0 à 68 jours. En analyse univariée, les facteurs prédictifs du recours à la ventilation mécanique étaient le score de Glasgow (p<0,0001), le volume de l'hématome (p=0,002), le rapport P/F (p=0,023), la CRP à H24 (p=0,048) et les leucocytes à H24 (p=0,001). Concernant la mortalité intra hospitalière, Les facteurs prédictifs de mortalité en analyse univariée étaient le score de Glasgow (<0,001), le volume de l'hématome (<0,001), les leucocytes aussi bien à H0 (<0,001) et H24 (0,001), CRP à H24 (0,004) et le rapport P/F (0,001). La durée moyenne d'hospitalisation était de 3 [1-5] jours avec des extrêmes allant de 0 à 69 jours. La durée moyenne d'hospitalisation était de 1 [2-4] jours pour les survivants et de 2 [3-7] pour les décédés. La mortalité hospitalière était de 24,4%.

Conclusion : L'AVCH est une pathologie grave, grevée d'une lourde mortalité. Les facteurs de mauvais pronostique sont le score de Glasgow, l'hyperleucocytose, la CRP et le rapport P/F.

P. 161. L'eclampsie dans un hôpital Tunisien niveau III : de janvier 2004 à Décembre 2016

Auteurs: F.Ferhi, N.Helal, S.Maaref*, M.Chaabeni, K.Ghardabou, M.Khedher, M.Chniti, K.Tarmiz, K.Benjezia
Service et Hôpital: *Service Anesthésie-Réanimation, CHU, Farhat Hached, Sousse.*

Introduction: L'éclampsie est une affection maternelle du troisième trimestre de la grossesse rare mais grave pouvant engager le pronostic vital maternel et fœtal. l'objectif de cette étude est dégager l'incidence de cette pathologie ainsi que sa morbidité et mortalité.

Moyens : Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée dans un hôpital tunisien niveau III pour la période allant du janvier 2004 à décembre 2016. On a inclut toutes les patientes dont le diagnostic d'éclampsie a été affirmé.

Résultats : Sur un registre de 129847 accouchements, on a identifié 83 cas d'où un taux d'incidence de 6.39 cas sur 10000 accouchements. La moyenne d'âge gestationnel au moment de l'éclampsie était à 36 SA. Aucun décès maternel en rapport avec l'éclampsie n'a été constaté. L'accouchement était par césarienne dans 100% des cas .La récurrence d'éclampsie a été observée dans 6% de cas malgré la prévention par le sulfate de magnésium .On a souligné de graves complications dues à l'éclampsie dans 10.8 des cas avec 4 cas de syndrome d'encéphalopathie postérieure réversible, 2 cas d'œdème pulmonaire aigu et 3 cas de HELLP syndrome. Le taux de prématurité était de 10.8% .Il y avait 5 cas de mortinatalité et 2 décès néonataux.

Conclusion: L'incidence d'éclampsie est revenue très élevée probablement due au centre de réalisation de l'étude. Néanmoins, il est essentiel accroître la sensibilisation au sein de la communauté notamment les mères aux signes précoces de pré éclampsie et l'éclampsie et améliorer les programmes du suivi et prise en charge néonatale.

P. 162. Predicting Mortality in Spontaneous Intracerebral Hemorrhage: Can Modification to Original Score Improve the Prediction?

Auteurs: S.Betbout*, E.Mili, M.Khemili, F.Hafi, B.Zbidi H.Barketi, Kh.Chaabani, Gh.Barkallah, S.Chaari, K.Ben Ayed, M.Bdioui, L.Stambouli, F.BenSalem, M.Gahbiche
Service et Hôpital: *Anesthésie réanimation, EPS Fattouma Bourguiba Monastir, Monastir, Tunisie*

Background and Purpose: Spontaneous intra-cerebral hemorrhagie (SICH), occurs in 10–20% of all strokes. It remains a significant cause of mortality and morbidity throughout the world. The ICH score is a simple and reliable scale that allows patient's risk stratification on presentation with SICH and a good predictor of 30-day mortality. A clinical grading scale for intracerebral hemorrhage, was recently developed showing to predict 30-day mortality in a simple and reliable manner. The modified ICH score (MICH) was proposed to determine optimal cut-offs for conservative treatment vs surgical intervention and to predict outcomes. The aim of study was to assess if MICH is a good tool to guide treatment decisions (conservative or surgical) and to predict 30-day mortality, compared with the original ICH score.

Methods: A retrospective study was performed during 2000-2013 about patients' records hospitalized for SICH in a surgical intensive care unit without any context of trauma, anticoagulant overdose or brain tumor pathology. We've recorded patients' clinical characteristics and neuroradiological findings in CT scan. The MICH score consists of 3 components: Glasgow coma scale (GCS), ICH volume and presence of intraventricular hemorrhage or hydrocephalus. We've noted the patient's evolution during hospital stay. Receiver-operating characteristic (ROC) curve and the area under the curve (AUC) were calculated for these scores with 95% CI. The score is a good tool to predict outcome when AUC is above 0.7. Correlations between death/survival at 30-day and ICH score and MICH were calculated. All statistical analyses were computed with the SPSS System 18.0 for Window.

Results: During the study period, 235 cases were collected from SICH. The 30-day mortality was 31% (73 cases). All patients (46 cases) with MICH score of zero survived, 29 (56.9%) who had MICH score of 3 died and 13 (72.2%) others with MICH score of 4 died. Thirty-day mortality increased with MICH score (P<0.001) IC95% [0.74-0.85] and with ICH score too (P<0.001) IC95% [0.81-0.95]. The AUC were 0.799 and 0.817 in patients respectively with MICH and ICH score. Surgery was performed in 22.6% of patients. Surgery rates increased steadily with both scores (P<0.001) IC95% [0.72-0.85] for MICH score and [0.81-0.90] for ICH score. 97.8% of patients with MICH score of 0 haven't been operated, 45.1% of those with a MICH score of 3 were operated and the half with a score of 4 have undergone surgery too. The AUC were 0.788 and 0.861 respectively in patients with MICH and ICH score.

Conclusions: MICH score, which is also a simple tool to practice, can predict 30-day mortality but less good when compared to the original ICH score. It can also be useful for the choice of treatment.

P. 163. L'hyperglycemie lors d'un traumatisme cranien: impact pronostic à propos de 380 cas

Auteurs : K.CHTARA, A. BOUATTOUR*, R. AMMAR, M. KAMMOUN, M. BAHLOUL, H.Chelly, M. BOUAZIZ
Service et Hôpital : *Service de Réanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba SFAX*

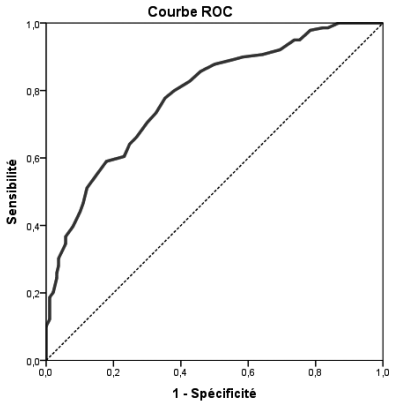
Introduction: L'hyperglycémie lors d'un traumatisme crânien est multifactorielle. C'est l'une des agressions cérébrale secondaires d'origine systémique(ACSOS) responsable d'une aggravation des lésions cérébrales et entraver le pronostic.

L'objectif de notre travail était d'évaluer la corrélation entre l'hyperglycémie et le mauvais pronostic en terme de mortalité et GOS (Glasgow outcome scale) défavorable.

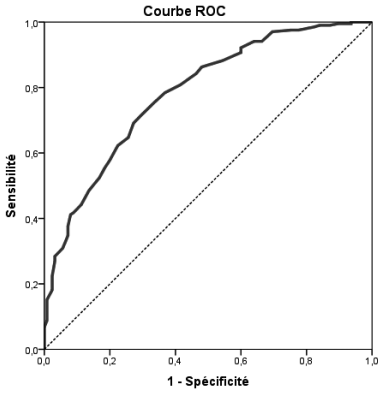
Matériels et méthodes : Nous avons colligés tous les patients hospitalisés dans le service de réanimation polyvalente de SFAX du CHU Habib Bourguiba SFAX durant une période de 4 ans (2009-2012) ayant un traumatisme crânien et une glycémie supérieure à 8 mmol/l. Dans notre travail nous avons recueilli les données démographiques, cliniques et para cliniques. Nous avons recherché les facteurs corrélés au mauvais pronostic (mortalité et GOS défavorable) en analyse uni variée et multi variée.

Résultats : Durant cette période, parmi 694 traumatisés crâniens (isolé ou associé à d'autres lésions), 380 patients (soit 54,7%) avaient une glycémie supérieure à 8 mmol/l à l'admission. Le sex ratio était 4,5. L'âge moyen était 34,3 ans avec des extrêmes de 1 an à 90 ans. Le score de Glasgow était en moyenne à 8 avec des extrêmes allant de 3 à 15. Le SAPS II était en moyenne 40 points avec de extrêmes allant de 11 à 84 points. Une ou plusieurs ACSOS ont été observés chez 377 (99,2%) des patients traumatisés. Les lésions cérébrales les plus fréquemment observées étaient l'hémorragie sous arachnoidienne (78,4%) les contusions cérébrales corticales (76,3%) les lésions axonales diffuses (50%) et l'hématome sous dural aigu (46,3%). L'insulinothérapie était administrée chez 166 patients soit 43,7%. La dose moyenne était de 19 UI avec des extrêmes 0 à 162 UI. En analyse univariée La moyenne d'âge a été significativement plus élevée chez les décédés (p < 0,0001) et chez les traumatisés avec GOS défavorable (p<0,0001) Un état de choc initial a été corrélé à un mauvais pronostic en termes de mortalité (p<0,0001) et de GOS défavorable (p<0,0001). Le score de Glasgow a été corrélé au décès (p< 0,0001) et au GOS défavorable (p < 0,0001) Le SAPS II a été corrélé au mauvais pronostic en terme de mortalité (p<0,0001) et GOS défavorable (p<0,0001). Les lésions cérébrales élémentaires objectivées à la TDM qui ont été corrélées à un mauvais pronostic (décès et/ou GOS défavorable) étaient l'œdème cérébral, l'hématome intra-cérébral (HIC), les contusions cérébrales corticales ou profondes, les LAT, les contusions (du corps calleux et du tronc en l'occurrence hémorragiques (Hq), thalamiques, capsulaires et du centre semi oval) et l'hémorragie intra ventriculaire. L'hyperglycémie durant les premiers 72 heures post traumatique a été corrélée au mauvais pronostic (mortalité et GOS défavorable). Le nombre des patients décédés ou bien ayant un GOS défavorable a été significativement plus élevé chez ceux qui avaient une glycémie supérieure à 11 mmol/l et ceci durant les premiers 72 heures post traumatique. En analyse multi variée, les facteurs indépendants associés au décès étaient le SAPS II > 40 points [OR 567 IC : 2,27-141585(p=0,024)], la CIVD [OR=11,2 IC 1,8-116 (p=0,048)] et le recours aux catécholamines [OR=16,27 IC =1,5- 175,6 (p=0,022)].

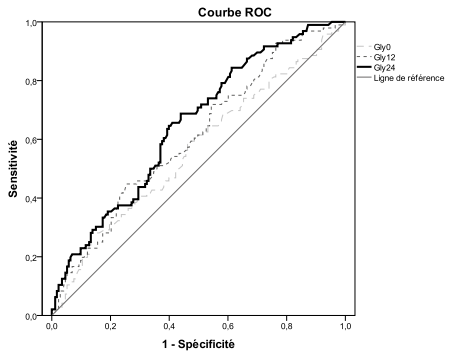
Conclusion : Notre étude confirme la corrélation entre l'hyperglycémie lors d'un traumatisme crânien et le mauvais pronostic.



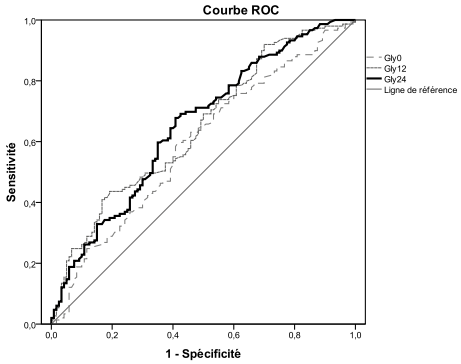
Courbe ROC montrant la corrélation entre le score SAPS II et la mortalité (AUC = 0,78 ; Se = 70% ; Sp = 70% ; p < 0,0001)]



Courbe ROC montrant la corrélation entre le score SAPS II et GOS défavorable (AUC = 0,78 ; Se = 71% ; Sp = 71% ; p < 0,0001)]



Courbe ROC montrant la corrélation entre la glycémie à H0, H12 et H24 et la mortalité (AUC =0,65 ; 0,61 ; 0,65 ; p =0,003 ; 0,001 ;<0,0001.respectivement)



Courbe ROC montrant la corrélation entre la glycémie à H0, H12 et H24 et GOS défavorable (AUC = 0,60 ; 0,65 ; 0,65. p 0,07 ; p < 0,0001 ; p <0,0001)

P. 164. Myopathie en reanimation : aspects cliniques, therapeutiques et evolutifs.

Auteurs : A.Jamoussi, M.Zoghlami*, T.Merhebene, S.Ayed, D.Lakhdhar, J.Ben Khelil, M.Besbes

Service et Hôpital : *Réanimation médicale, Hôpital Abderrahmen Mami, Ariana.*

Introduction : La myopathie (MP) est une pathologie musculaire responsable d'handicaps moteur, respiratoire et social, dont l'évolution peut être émaillée de complications nécessitant l'hospitalisation en milieu réanimation. Objectif : Le but de notre étude était de décrire le profil, la prise en charge et le pronostic des patients myopathes hospitalisés en réanimation.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective incluant tous les patients atteints de MP et ayant été hospitalisés au service de réanimation médicale de l'hôpital Abderrahmen Mami entre le 1 er janvier 2010 et le 31 septembre 2017.

Résultats : Nous avons colligé 20 patients myopathes dont 15 étaient de sexe masculin (sex-ratio =3). L'âge moyen était de 28 [12-67] ans. Les moyennes des scores APACHE II et SOFA étaient respectivement de 12,8 [5-20] et 2,1 [0-7]. Le type des MP était par ordre de fréquence: Duchenne (35%), tunisienne (10%), Becker (5%) et mitochondriale (5%). La MP était non étiquetée dans 30% des cas. La moyenne du nombre d'année d'évolution était de 18 [4-41] ans mais la moitié n'avait pas de suivi régulier en neurologie. La moitié des patients (n=10) étaient au stade d'insuffisance respiratoire chronique à l'état de base. Ils étaient sous oxygène longue durée (n=8), ventilation non invasive à domicile (VAD) (n=4) et trachéotomisés et ventilés (n=2). Trois patients (15%) avaient une cardiomyopathie dilatée. Sur le plan locomoteur, 50% des patients étaient dépendants d'une tierce personne, le reste avaient une activité quotidienne diminuée, un seul patient était indépendant. Vingt pour cent des patients présentaient une déformation thoracique associée (n=4). Cinq patients (25%) avaient déjà été hospitalisés en milieu de réanimation pour une insuffisance respiratoire aiguë(IRA). A l'admission, 90% (n=18) des patients étaient hospitalisés pour IRA, elle était d'origine infectieuse dans 70% des cas, associée à un choc cardiogénique (n=1, 5%) et secondaire à un état de mal convulsif (n=1, 5%). Le recours à la ventilation mécanique était nécessaire chez 17 patients (85%) : elle était non invasive chez 10 patients (58,8%) avec une durée moyenne de 10,22 [2-18] jours sans succès chez deux patients ; et invasive chez sept patients (41,2%) avec une durée moyenne de 14,5 [1-47] jours. La durée moyenne d'hospitalisation était de 11,2 [1-47] jours. Sept patients ont présenté neuf complications: quatre patients ont présenté état de choc septique compliqué de défaillance multiviscérale, deux patients ont présenté une pneumopathie nosocomiale, un patient a présenté un œdème aigu du poumon cardiogénique et un patient a présenté un pneumomédiastin. Le taux de mortalité observé était de 25% (n=5). A la sortie, les survivants étaient sous oxygène et VAD (n=11) dont trois étaient trachéotomisés ou à l'air ambiant (n=4).

Conclusion : En milieu de réanimation, les myopathes hospitalisés sont jeunes et ont souvent un état respiratoire de base défaillant. Le motif d'admission est souvent la détresse respiratoire. Le séjour en réanimation est long et émaillé de complications avec recours fréquent à la VM. La mortalité reste considérable.

P. 165. Delirium in the intensive care unit (ICU): Perception of healthcare professionals

Auteurs : K. Hraiech, F.Dachraoui, M.Tlili, W.Nouira N.Bouker H Zorgati, S. Boukadida, A Ouni, Z.Hammouda, I Ouanes, L Ouanes Besbes, F Abroug

Service et Hôpital : *Service de Réanimation Polyvalente, CHU Fatouma Bourguiba, Monastir*

Introduction: Delirium in the ICU is often under-diagnosed despite its related burden and impact on patients' morbidity, mortality and prolongation of hospital length of stay. The aim of this study was to assess the medical and paramedical community beliefs and practices regarding delirium in Tunisian ICUs.

Methods: Between August 1st and 31/ 2017, healthcare professionals working at the ICUs of university hospitals of Monastir and Mahdia (Tunisia) were asked to participate in the survey by completing a questionnaire anonymously (that specified participants' characteristics (age, gender, function, years of experience in ICU) and their knowledge and perception of delirium in ICU. The questionnaire consisted in 10 questions of different types: Likert style (: widespread scale in psychometric questionnaires in which the respondent expresses his or her degree of agreement or disagreement with an assertion), multiple choice, ranking and yes / no).

Results: During the study period, 96 respondents out of 163 (60% female, nurses: 52%), aged between 20-30 years in 70%, responded to the questionnaire. Healthcare professionals experience in the ICU was <1 year in 39.6%; 1-5 years in 32.3%, and > 5 years in 28.1%. Participants asserted that the "most characteristic signs of delirium" were: insomnia (25%); confusion (22%); agitation (21%) and aggressiveness (20%). Three-quarters of participants said they did not systematically search for signs of delirium in their patients. 33% thought that delirium was "an insignificant problem" or that "it was not a problem". Only one and three participants respectively, said they attended a conference and read an article about delirium in ICU the last year. Half of the respondents felt that the most appropriate treatment for a patient with delirium was restraint. Nearly one-third of participants thought that delirium was an under-diagnosed entity and only 6% felt that it was associated with long-term neuropsychological deficits. Factors considered to be determinant in the occurrence of delirium were ARDS, shock, age, mechanical ventilation, postoperative status in 70%, 66%, 63%, 55% and 17%, respectively.

Conclusion: Most Tunisian healthcare professionals consider delirium as a common, underdiagnosed, and serious problem in the ICU. Yet, few participants actually monitor this condition.

P. 166. Thrombose veineuse cérébrale: aspects cliniques et épidémiologiques

Auteurs: N.Amouri*, S.Thamlaoui, I.Souid, S.Ben Khélifa, A.Draouil, H.Hammami, B.Laaribi, C.Kaddour

Service et Hôpital : *Service d'anesthésie et de réanimation, Institut National Mongi Ben Hamida de Neurologie de Tunis*

Introduction: la thrombose veineuse cérébrale est une pathologie cérébrovasculaire rare dont le diagnostic est difficile. Ceci est dû aux aspects cliniques polymorphes aussi bien pendant la phase de début qu'à la phase d'état. Dans la grande majorité des cas un recours à l'hospitalisation en milieux de soins intensifs est nécessaire.

Matériels et méthodes : il s'agit d'une étude rétrospective. Nous avons inclus tous les malades ayant eu une thrombose veineuse cérébrale et qui on été hospitalisés au service d'anesthésie réanimation de l'institut nationale de neurologie pendant la période qui s'étend de 2013 et jusqu'à 2017.

Résultats : 17 patients ont été retenus d'âge moyen de 29,2+/-9,3 ans avec une prédominance féminine de 70,6%. La symptomatologie initiale était dominée par des céphalées brutales dans 64,7% des cas ainsi que des vomissements dans aussi 64,7% des cas. 76,5% des patients ont présenté un coma ayant motivé leur admission en unité de réanimation avec recours à la ventilation mécanique dans 82,4% des cas. Le diagnostic était confirmé par une TDM cérébrale injectée dans 64,7%, la localisation la plus fréquente était le sinus sagittal supérieur chez 64,7% des malades. La TVC survenait dans le contexte du post partum et de prise de contraceptifs dans 41,2% des cas. Dans 52,9% des cas, l'étiologie est restée indéterminée. Un seul cas de Neuro-Behcet a été retrouvé ainsi qu'un seul cas de maladie Cœliaque et un seul cas de tumeur intracrânienne. La totalité des patients a reçu initialement une héparinothérapie à base de HNF. L'évolution était favorable dans la majorité des cas : 82,3% des patients ont été transférés vers d'autres services et 11,8% des malades sont mis sortants à domicile. Cependant un seul cas de décès a été rapporté imputé à une HTIC importante avec hématome intra parenchymateux et engagement.

Conclusion : la thrombose veineuse reste une pathologie grave, caractérisée par un tableau non spécifique, de diagnostic difficile, mais une prise en charge précoce est fondamentale pour une évolution favorable.

P. 167. Syndrome de guillain-barre en milieu de Réanimation

Auteurs : H.Hammami*, S.Thamlaoui, S.Ben Khélifa, S.Ben Ahmed, N.Amouri, R.Souissi, R.Hammami, C.Kaddour
Service et Hôpital : *Service d'anesthésie et de réanimation, Institut National Mongi Ben Hamida de Neurologie de Tunis*

Introduction : Le syndrome de Guillain-Barré (SGB) est une affection inflammatoire du système nerveux périphérique (SNP) touchant les racines, les troncs nerveux et parfois les nerfs crâniens. Il s'exprime cliniquement par un déficit proximo-distal ascendant pouvant conduire à une atteinte de la mécanique respiratoire. Le but de notre travail était d'étudier le profil épidémiologique des patients atteints du syndrome de Guillain-Barré ayant eu un séjour en réanimation.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective incluant tous les patients atteints de syndrome de Guillain Barré ayant eu un séjour au service de réanimation à l'INN sur une période de 05 ans (Septembre 2013-Septembre 2017). Nous avons recueilli les données démographiques, cliniques ainsi que les explorations et interventions thérapeutiques.

Résultats : Notre étude a inclus 47 patients avec une moyenne d'âge de 38,2± 21 ans. L'infection respiratoire (52,2% des cas) suivie de l'infection gastro-intestinale (10,9% des cas) ont été les plus fréquemment retrouvé dans les jours qui ont précédé l'installation du déficit. On n'a pas pu identifier de facteur déclenchant chez 37% des patients. L'admission en milieu de réanimation était dans 47,8% des cas pour une détresse respiratoire et 26,1% des cas pour une atteinte bulbaire. La moyenne de durée de séjour en réanimation était de 26,2±28 jours avec un délai de recours à la ventilation mécanique de 1 jour. Sur un total de 47 patients, 33 ont nécessité le recours à la VM dont 50% ont bénéficié d'une trachéotomie. Sur le plan thérapeutique, les immunoglobulines étaient prescrites chez 82,6% des patients alors que la plasmaphérèse chez seulement 13% des cas.La PRN était d'évolution favorable avec régression quasi complète dans 60,9% des cas. Le taux de mortalité était 21,7%.

Conclusion : La sévérité du Syndrome Guillain-Barré est très variable, tout comme son évolution. Les formes sévères nécessitent une hospitalisation d'urgence en réanimation en raison de difficultés respiratoires et d'atteinte bulbaire.

P. 168. Myasthenia in intensive care unit: clinical features, management and outcome

Auteurs: A.Jamoussi, E.Rachdi*, T.Merhebene, S.Ayed, D.Lakhdhar, J.Ben Khelil, M.Besbes
Service et Hôpital: *Réanimation médicale, Hôpital Abderrahmen Mami, Ariana.*

Introduction: Myasthenia gravis (MG) is a relatively uncommon autoimmune disorder of the neuromuscular junction (NMJ) that manifests as muscle weakness. In some cases, it may require Intensive Care Unit (ICU) management. The aim of this study is to describe main characteristics and outcome of MG in ICU.

Patients and methods: It was a retrospective study, spread over 15 years and carried out within the medical Intensive Care Unit of Abderrahmen Mami Hospital. The medical charts of patients with MG treated from January 2002 to September 2017 were reviewed.Patients diagnosed with MG within the study period were enrolled.

Results: Twenty too hospitalizations for 13 patients were registered during the studied period. Mean age was 29 years [14-62] with a sex-ratio at 0.83. Mean severity assessment scores SAPSII, APACHEII and SOFA were respectively: 17, 7 and 2.5. At admission, the mean follow-up of MG was 3 years [0-16] except for one patient, whose diagnosis was made during hospitalization in ICU. Four patients (30%) had positive acetylcholine receptor antibodies, (n=6, 46%) underwent thymectomia (thymoma: n=5, 38%). Among 22 cases, at least one crisis has been noticed before in 18 cases (82%) and 11 (50%) have been hospitalized on ICU and have had Mechanical Ventilation (MV). The studied patients were hospitalized for preoperative plasma exchange pre-thymectomia (n=2, 9%) and mainly for myasthenic crisis (n=18, 82%). The main causes of the latter were infectious pneumonia in half cases (n=11), then, post-operative context (2 cases, 11%), pulmonary embolism (1 case, 5%) and pneumothorax (1 case, 5%). At admission, mean myasthenic score was 51/100 and the mean PaO2/FiO2 was 269 mmHg. Myasthenia treatment was: pyridostigmine with mean dose of 400 mg daily (n=22, 100%), steroids (n=13, 59%), immunoglobin therapy for 5 days (n=4, 18%), immunosuppressive drugs (n=7, 31%) and plasma exchange (n=4, 18%). All cases with myasthenic crises (n=18) required mechanical ventilation (MV): non-invasive MV in 23% of cases (n=4), invasive MV in 77% of cases (n=14) from which 44% (n=8) from the outset and 33% (n=6) after NIV failure. Difficult weaning from MV was observed in 50% (9 cases): 4 (22%) required tracheostomy and 5 (27%) were successfully weaned. The ICU stay (mean=14 days) was complicated with nosocomial infection (n=10, 45%) and one patient developed bedsores. Only one patient died

from septic choc due to AcinetobacterBaumanii pneumonia. At discharge, 4 (30%) patients were tracheostomised, 2 among them with home ventilation.

Conclusion: MG is a rare neuromuscular disorder affectingmainly the young subjects; acute exacerbations require ICU management and mechanical ventilation. Short-term prognosis is good with very low mortality. However, tracheostomy with home ventilation was necessary in half cases.

P. 169. D'une urgence hypertensive à un syndrome de Foster-Kennedy

Auteurs : S.Zaouali, M.Khrouf, I.B.Aicha, M.Khaldi, M.Methamem
Service et Hôpital : *Service des urgences Hopital Farhat Hached Sousse*

Introduction : Le syndrome de Foster Kennedy est la conséquence de l'effet de masse exercé par un processus expansif intracrânien situé à l'étage antérieur du crâne. Nous rapportons le cas d'un patient consultant les urgences pour une hypertension artérielle mal équilibré.

Observation : Nous rapportons le cas d'un sujet âgé de 50 ans aux antécédents de diabète sous ADO, hypertension sous lopril 25mg qui a consulté le service des urgences Farhat Hached à plusieurs reprises pour prise en charge de chiffres tensionnels. Lors de sa dernière consultation en e association avec un pic hypertensif à 170mmHg de systolique 100 mmHg de diastolique le patient se plaignait d'une baisse de l'acuité visuelle. L'examen ophtalmologique réalisé a mis en évidence un œdème papillaire gauche associé a une atrophie papillaire du coté controlatéral, le diagnostic de syndrome de Foster Kennedy a été évoqué et le patient a été hospitalisé en service d'ophtalmologie où un scan cérébrale a été fait mettant en évidence la présence d'un processus expansif au niveau du lobe frontale.

Discussion : Le syndrome de Foster Kennedy est provoqué par une lésion qui, simultanément, comprime progressivement un des deux nerfs optiques intracrâniens, ce qui produit l'atrophie optique homolatérale, et induit une hypertension intracrânienne, traduite notamment par l'œdème papillaire du côté opposé. Il est très rarement associé à une malformation artério-veineuse et si on le suspecte on doit rechercher un processus expansif au dépend de l'étage antérieur du crane et surtout le lobe frontale

Conclusion : Il s'agit d'une pathologie rare, les symptômes sont souvent intriqué dans d'autre tableau clinique comme notre patient une hypertension mal équilibré d'où la nécessité de pousser les explorations en cas de patients reconsultants.

P. 170. Wernicke's encephalopathy complicating a thyrotoxic storm

Auteurs : N Sma 1, J Ayachi 1, W Zarrougui 1, E Ennouri 1, N Fraj 1, S Kortli 1, M Boussarsar 1,2
Service et Hôpital : *1Farhat Hached University Hospital, Medical Intensive Care Unit, Sousse, Tunisia, 2Farhat Hached University Hospital, Research Laboratory N° LR14ES05 Interactions of the CardiopulmonarySystem, Sousse, Tunisia*

Background : Wernicke's encephalopathy is a neurological disorder caused by a thiamine deficiency. It is often described in malnourished and alcoholic patients. It can accompany other disorders such as hyperthyroidism.

Case : We present a case of a 40 year-old woman on a prediagnosed non treated hyperthyroidism during fasting who was referred to the ED for a coma with rapid onset associated to generalized myocolonies, with a suspected diagnosis of thyroid storm. Both cerebral CT-scan, lumbar puncture and toxicological labs were normal. Cerebral MRI abnormalities were consistent with Gayet-Wernicke encephalopathy. The patient was put under Thiamin then was referred to the ICU 7 days later. After 16 days of optimal treatment including Thiamazol, iodine supplementation, thiamine, steroids and ;-blocker. The patient evolved to a neurovegetative state.

Conclusion : Wernicke's encephalopathy is a severe, life-threatening illness but usually quite reversible with early thiamine supplementation. The present case present a peculiar mechanism of Gayet Wernicke consecutive to the increasesd metabolic demands in a patient suffering thyrotoxicosis while fasting.

P. 171. Le syndrome d'encephalopathie posterieure reversible : une complication potentielle de la cyclophospamide.

Auteurs : S. Bellil*, R.Ammar, M.Dlala, M .Kammoun, F .Fendri, CH .Ben Hamida, M.Bouaziz
Service et Hôpital : *CHU HABIB BOURGUIBA/réanimation médicale*

Introduction : Le syndrome d'encéphalopathie postérieure réversible (Posterior Reversible Encephalopathy Syndrome : PRES) est une entité clinico-radiologique, caractérisée par l'association des signes cliniques neurologiques et d'un œdème cérébral postérieur bilatéral habituellement réversible à l'imagerie. Les causes les plus fréquentes sont l'encéphalopathie hypertensive, l'insuffisance rénale, les immunosuppresseurs, les infections et les maladies de système.

Observation : Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 60ans, aux antécédents de diabète et hypertension artérielle. Elle a été admise initialement au service néphrologie pour prise en charge d'une Glomérulonéphrite rapidement progressive (GNRP) avec à la ponction biopsie rénale : GNRP extracapillaire. La patiente a été traitée par solumédrol et bolus d'endoxan. Suite à l'injection immédiate de l'endoxan la patiente a présenté un état de mal convulsif puis un état de coma (GCS=8/15). Sa pression artérielle à 175/120mmHg. Devant la gravité du tableau neurologique, elle a été hospitalisée au service de réanimation avec recours à la ventilation mécanique. Le reste du bilan biologique est sans anomalies. Une TDM cérébrale faite en urgence a montré : des plages hypo-denses de la substance blanche sous corticale bipariéto-occipitale touchant le cortex au niveau occipital gauche. IRM cérébrale : anomalie du signal bilatéral et symétrique pariéto-occipital évoquant un PRES. Sur le plan thérapeutique, la patiente a été mise sous un anticonvulsivant et un antihypertenseur. L'évolution a été marquée par l'aggravation sur le plan hémodynamique et le décès après 8 jours d'hospitalisation.

Conclusion : Il faut savoir évoquer le diagnostic de PRES devant toute encéphalopathie aigue avec HTA. Le cyslophosphamide peut être une cause surtout d'un un terrain particulier.

P. 172. Critical care of myasthenic crisis in a Tunisian medical intensive care (ICU)

Auteurs: I. Ben Saida1, N.Sma1, S.Kortli1, N.Kacem1 E. Ennouri1, N.Fraj1, W.Zarrougui1, M. Boussarsar1,2
Service et Hôpital : *1Farhat Hached University Hospital, Medical Intensive Care Unit, Sousse, Tunisia, 2Ibn Al Jazzar Faculty of Medicine, Research Laboratory N° LR14ES05 Interactions of the Cardiopulmonary System, Sousse, Tunisia*

Background: Myasthenic crisis (MC) is an uncommon life threatening neurological complication of myasthenia gravis (MG), a rare, autoimmune neuromuscular junction disorder. It may occur in patients who have been previously diagnosed with MG or may be the onset of the disease. Respiratory care in these patients presents a challenge for the critical care physicians who are not experienced in neurological aspects of MG. However, advances in critical care have improved the mortality rate associated with myasthenic crisis. Objectives: To describe the characteristics of ICU admitted patients with MC, to determine their outcome.

Methods: A retrospective study of patients admitted in the medical ICU of Farhat Hached teaching hospital with MC between January 1999 and September 2017. Demographic data, clinical features and details of clinical management, complications and outcomes were determined.

Results: During the study-period. There were 26 admissions for 19 myasthenic patients among them 62% were female.The average age at admission was 42.27 ±17.36 years. Six patients (23.1%) were acetylcholine receptor antibody positive, five (19.2%) were muscle specific tyrosine kinase (MuSK) antibody positive, and eighteen (69.2%) were sero-negative. MG was newly diagnosed in over 23%. The median duration of MG prior to admission in those with an established diagnosis was 4 days [0-108]. Infection (46.2%), emotional stress (3.8%) and changes in medication regimen (3.8%) were among the most common triggering factors. No precipitant was identified in the remainder (46.2%). Mean SAPSII was 21±12.4. Intubation and mechanical ventilation were required in 61.5%. Five additional patients (19.2%) required non-invasive ventilation. Atelectasis is the most common complication associated with MC (30.8%). Infectious complications include nosocomial pneumonia (7.7%) and catheter-associated bloodstream infections (3.8%). Mean duration of ICU stay was 9.5±7.65 days. Thirteen (50%) patients were treated with oral steroids, and 3(11.5%) patients received intravenous immunoglobulin (IVIG). Four patients (15.4%) underwent plasma exchange. Additional oral immunosuppression was initiated in one patient. Ten (38.5%) patients underwent thymomectomy prior to admission and Six (23.1%) during ICU stay. The overall mortality rate was 15.4%.

Conclusion: Myasthenic crisis is one of the most serious complications of myasthenia gravis. Advances in critical care have substantially improved the outcome of myasthenic critically ill patients. The present study demonstrated that myasthenic crisis is rather uncommon, and with a relatively good prognosis thanks to advances in critical care and plasma exchange access.

P. 173. Apport diagnostic et pronostic de l'IRM cérebrale dans le syndrome de l'embolie graisseuse

Auteurs : S.Bradai*, O.Turki, A.Bouattour, M.Bahloul, H.Chelly, C.Ben Hmida, M.Bouaziz
Service et Hôpital : *Réanimation Polyvalente EPS Habib Bourguiba SFAX*

Le syndrome d'embolie graisseuse (SEG) est une complication fréquente chez les polytraumatisés associant un traumatisme périphérique. Son diagnostic reste sujet decontroverse du fait du polymorphisme des signes clinico-biologiques. Les critères de Gurd restent les plus utilisés pour le diagnostic positif. Toutefois l'imagerie notamment l'IRM a permis d'appuyer le diagnostic avec des anomalies spécifiques.

Observation : il s'agit d'un patient âgé de 19ans admis au service de réanimation polyvalente du CHU Habib Bourguiba de Sfax pour prise en charge d'un polytraumatisme suite à un accident de la voie publique. Le patient était initialement conscient coopérant avec GCS=15/15 sans déficit sensitivomoteur. Sur le plan respiratoire, il était eupneique sous 2 L/min d'O2 avec à l'auscultation pulmonaire des ronflants aux 2 champs pulmonaires. Hemodynamiquement, il était stable sans recours aux catécholamines. Comme lésion périphérique, le patient avait une fracture fermée de la diaphyse fémorale gauche bénéficiant initialement d'une traction transtibiale. Vu la gravité du mécanisme, il a bénéficié d'un body-scanner qui s'est révélé sans anomalies à l'étagecérébral et cervical et a montré au niveau thoracique des plaques en verre dépoli cadrant avec des contusions parenchymateuses.Secondairement à H6 de son hospitalisation, le patient s'est dégradé sur le plan respiratoire avec installation d'une polypnée à 28cycles/min et une SpO2=85% nécessitant l'augmentation des besoins en O2 à 10L/min.Par la suite, il est devenu confus et désorienté avec GCS=10/15 sans signes de localisation d'où son intubation et sa ventilation mécanique. Le patient a bénéficié d'une TDM cérébrale de contrôle qui s'est révélée sans anomalies. Ce tableau nous a amené à rechercher les autres signes de SEG. En effet l'examen a révélé la présence d'une fièvre à 39°c, une tachycardie à 120bpm, des pétéchies au niveau thoracique et sous conjonctivale. Sur le plan biologique, on a constaté une bicytopénie avec une anémie à 9.9g/dl et une thrombopénieà 79000.Notre conduite à tenir était de palier les détresses respiratoire et neurologique par la ventilation invasive et d'opérer la fracture du fémur par ostéosynthèse (une plaque vissée).L'absence de réveil à j 10 d'évolution nous a emmené à réaliser une IRM cérébrale montrant des anomalies diffuses de signal intéressant aussi bien la substance blanche que la substance grise: les centres semi ovales, les noyaux gris centraux et le splenium et le genou du corps calleux. La description de ces anomalies cadrent avec le SEG:un hyposignal T1, unhypersignal T2 et unhypersignal sur les séquences en diffusion avec chute significative du CAD. La durée totale de l'hospitalisation était 42j. L'évolution était bonne avec lerétablissement d'un bon état neurologique.

Conclusion : le SEG est une association de signes clinico-biologiques secondaires à des emboles d'acides gras à partir des foyers fracturaires. Les conséquences cliniques et surtout neurologiques peuvent varier d'un état de conscience normal jusqu'au coma profond. Les anomalies de signal constaté à l'IRM sont polymorphes mais restent spécifiques dans les séquences de diffusion et peuvent renseigner sur le pronostic de réveil ultérieur.

P. 174. Encephalomyelite aigu dissemine ADEM : A propos de 7 cas

Auteurs : R.Ammar, S.Bellil*, S.Brabii, O.Turki, M.Hammami, F.fendri, M.Bahloul, CH.Benhamida, H.Chelly, K.Chtara, M.bouaziz
Service et Hôpital : *chu habib bourguiba, service de réanimation polyvalente*

Introduction : L'encéphalomyélite aiguë disséminée est une maladie inflammatoire démyélinisante du système nerveux central. Elle est liée à un mécanisme auto-immun. L'IRM cérébrale permet le diagnostic.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude rétrospective de 3 ans (2014 - 2017).

Résultat : Notre échantillon comporte 7 patients réparti en 5 femmes (71,4%) et 2 hommes (28,6%). L'âge moyen été de 24,41 ans. La moyenne du score de SAPSII à l'admission calculé chez 2 patients été de 42. La moyenne du score de PRISM calculé à l'admission chez 5 patients été de 10,2. La moyenne du score de SOFA calculé à l'admission été de 7,29. Le motif d'admission chez tous les patient été un coma fébrile .Trois patient ont présenté une convulsion à l'admission (42,9%). La température moyenne été de 38,7°.La moyenne du score de le Glasgow est de 10,71. Tous les patient été traité par solumédrol à la dose de 2 mg/kg. La plasmaphérèse est réalisée chez 3 patients (42,9%). La durée moyenne d'hospitalisation est de 17 jours. Un seul patient est décédé (14,3%).

Conclusion : L'encéphalomyélite aiguë disséminée est une pathologie grave. Le traitement est basé sur les corticoïdes forts doses, éventuellement associés aux immunoglobulines polyvalentes ou aux échanges plasmatiques. Le pronostic est généralement favorable sous traitement.

P. 175. Apport de l'imagerie par resonnance magnetique (IRM) cerebrale pour le suivi des consequences neurologiques de l'envenimation scorpionique

Auteurs : M.Zekri*, O.Turki, M.Dllela, R.Ammar, C.Ben Hmida, M.Bahloul, M.Bouaziz
Service et Hôpital : *Réanimation Polyvalente EPS Habib Bourguiba SFAX*

L'envenimation scorpionique reste un motif fréquent d'hospitalisation en réanimation en Tunisie. Certes, les circonstances et le tableau clinique sont révélateurs du diagnostic mais l'imagerie peut constituer un complément diagnostic et pronostic important.

Nous rapportons le cas d'un enfant âgé de 1ans 5 mois admis en réanimation pour prise en charge d'une envenimation scorpionique stade3 avec défaillance multiviscérale associant une défaillance hémodynamique ; une myocardite fulminante avec FEVG initiale à 5% mise sous dobutamine, une défaillance respiratoire (OAP) nécessitant le recours à la ventilation mécanique et une défaillance neurologique avec un score de Glasgow à 3/15. Une lRM cérébrale initiale faite devant la profondeur du coma ; a montré 2 types de lésions. Des lésions qui sont en rapport avec un PRESS syndrome ; lésions cortico sous-corticales bi-occipitales et au niveau des hémisphères cérébelleuses et des lésions d'œdème cytotoxique ; lésions d'hypersignal T2 de la substance blanche fronto-parietale. Une IRM de contrôle faite à J9 a montré une régression des lésions d'hyper signal diffusion des 2 hémisphères cérébelleux et de la substance blanche profonde, une majoration des hyper signaux flair et diffusion du cortex pariéto-occipital et tout autour des cornes ventriculaires en rapport avec des lésions de type vasculaire ischémique dans le territoire jonctionnel par hypo-débit. Par contre, on a noté une disparition de l'hypersignal diffusion de la substance blanche traduisant la diminution des phénomènes toxiques initiaux qui seraient liés directement à la toxicité du venin. Cliniquement, l'évolution a été marquée par un réveil progressif avec un sevrage de la ventilation mécanique à J17.

Conclusion : Les circonstances et le tableau clinique initiaux sont des éléments essentiels pour le diagnostic et le pronostic de l'envenimation scorpionique. Toutefois, un complément d'imagerie par IRM peut constituer un moyen pour expliquer aussi bien le tableau initial ainsi que prédire l'évolution.

P. 176. Accident neurologique de décompression cérébrale: A propos d'un cas.

Auteurs : F. Ben Aba*, J. Guissouma, H. Ghadhoune, M. Samet, H. Brahmi, S. Maatouk, A.Triki, S. Souissi, H. El Ghord.
Service et Hôpital : *Service de Réanimation médicale Hopital universitaire Habib Bougatfa Bizerte.*

Introduction: Les accidents de décompression (AD) sont des entités cliniques peu fréquentes. Ils sont classés en 2 types selon la gravité (Le Type I : accidents cutanés et ostéo-articulaires et le Type II : accidents du système nerveux, l'oreille interne et troubles respiratoires). Les accidents neurologiques de décompression (AND) font partie des accidents de plongée les plus sévères. En effet, leur évolution peut être imprévisible avec un risque réel de séquelles invalidantes. Nous rapportons un cas d'AND au décours d'une plongée subaquatique.

Observation: Monsieur L.M âgé de 41 ans, sans antécédents pathologiques, plongeur de profession, était admis dans notre service pour détresse neurologique et hémodynamique. Le patient a effectué le jour même une plongée à un fond de 115m d'une durée de 26 minutes. La remontée aurait été faite par pallier. A la sortie de l'eau, il a présenté une crise convulsive tonico-clonique généralisée rapidement résolutive d'où l'indication d'immersion en caisson hyperbare pendant 12 heures (dans le bateau). À sa sortie du caisson il a présenté une agitation motif de consultation aux urgences. A l'examen: GAD=2.33 g/l, température=36.3°C, signes de déshydratation. Sur le plan neurologique : GCS=11/15, patient très agité. Sur le plan respiratoire: polypnée à 26 c/min, auscultation pulmonaire libre et SpO2=100% sous 10l/min d'O2. Sur le plan hémodynamique : état de choc avec TA=70/30mmHg, FC=140bpm. A la biologie: GB=42780ele/mm3 ; Hb=17.9g/dl, Plq=289000^{em}/mm3 ; insuffisance rénale (Urée=0.51g/l, créat=455µ-mol/l) ; Na+=134.6mmol/l ; K+=3,30meq/l, CPK=848 et LDH=492. A la gazométrie: acidose métabolique décompensée (PH: 7,26; PCO2=19mmHg ; HCO3=8.9mmol/l ; PaO2=157mmhg ; SaO2=99% sous 10l/min d'O2). Rx thorax: normale. TDM cérébrale: normale. L'évolution était favorable sous oxygénothérapie, remplissage vasculaire et réhydratation adéquate. Une corticothérapie et de l'aspirine ont été également administrés. A J2, le patient a présenté un syndrome cérébelleux et une faiblesse musculaire indiquant la pratique d'une Angio-IRM cérébrale qui était normale. Le patient a eu alors 5 séances d'oxygénothérapie hyperbare (OHB) suites auxquelles il a récupéré une bonne motricité. A j7 il a été adressé à son médecin de travail.

Discussion: L'AD apparaît quand une diminution rapide de la pression provoque la formation de bulles de gaz dans le sang ou les tissus. Leur étiologie est le plus souvent identifiable. Dans notre cas, en plus de l'accident de décompression, la durée prolongée de la première séance d'OHB aurait une part dans la symptomatologie présentée par le patient. A distance de l'épisode aigu, l'évolution peut être marquée par une aggravation imprévisible. A la sortie de l'eau il y a toujours une déshydratation (majorée dans notre cas par la première séance d'OHB). L'OHB et le remplissage vasculaire constituent les 2 piliers de la prise en charge. Par ailleurs, les traitements anti-agrégants plaquettaires ont été largement proposés. Néanmoins, l'héparine anticoagulante est très controversée.

Conclusion: Beaucoup d'incertitudes persistent sur la physiopathologie et le traitement de la maladie de décompression. Les AND sont caractérisés par une sévérité de la symptomatologie initiale mais également par une imprévisibilité de l'évolution ultérieure. Ceci incite à une prise en charge optimale et une surveillance prudente de ces patients.

P. 177. Facteurs pronostiques des états de mal épileptiques en Réanimation.

Auteurs : J. Guissouma, A. Triki*, H. Ghadhoune, H. Brahmi, F. Ben Aba, S.Maatouk, M. Samet, S. Souissi, H. El Ghord.
Service et Hôpital : *Service de Réanimation médicale Hopital universitaire Habib Bougatfa Bizerte.*

Introduction: L'état de mal épileptique(EME) est la deuxième urgence neurologique après l'accident vasculaire cérébral (AVC). Son expression clinique est très variée ; l'état de mal tonicoclonique généralisé (EMTCG) reste la forme la plus grave. L'EME ne doit pas être considéré comme synonyme d'une pathologie unique, mais plutôt comme le symptôme d'une myriade d'étiologies différentes. Dans ce cadre on s'est proposé de d'étudier les aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs des EME afin en dégager les facteurs prédictifs de mortalité.

Patients et méthodes: on a réalisé une étude rétrospective dans un service de réanimation médicale de 6 lis sur une période de 3 ans (d'aout2014 à aout 2017). On a inclus tous les patients admis pour EME. Les données épidémiologiques, cliniques et évolutives ont été recueillies et une étude statistique descriptive et analytique a été réalisée (à l'aide du logiciel SPSS 23).

Résultats: on a inclut 50 patients avec un âge moyen de 42 ans et une nette prédominance masculine (sex ratio 1,94). Des antécédents d'épilepsie, d'AVC et de traumatisme crânien ont été notés dans respectivement 40%, 14% et 12% des cas. Dans 82% des cas, c'était un EMTCG. Le GCS moyen était de 7. La gravité du tableau initial a été évaluée par les scores IGS II (moyenne: 31) et APACHE II (moyenne: 16). Quarante pour cent des patients avaient au moins 2 défaillances d'organes à l'admission. L'EME était en rapport avec une non observance du traitement chez un épileptique connu dans 36% des cas. Une épilepsie vasculaire à la phase précoce d'un AVC était la cause dans 24% des cas. En outre, une méningo-encéphalite et une origine métabolique étaient retenues dans respectivement 16% et 8% des cas. Les anticonvulsivants les plus prescrits étaient le clonazepam et le phenobarbital en association dans 64% des cas. Le recours à l'anesthésie générale et à la ventilation mécanique étaient nécessaires dans 80% des cas. Des complications évolutives à type d'état de choc et de SDRA étaient notées dans respectivement 16% et 8% des cas. La mortalité dans cette série était de 14%.

L'étude analytique univariée a monté que: l'âge, l'IGS II et l'apache II élevés, les défaillances d'organes à l'admission ainsi que la survenue d'état de choc ou de SDRA en cours d'évolution sont des facteurs prédictifs de mortalité.

Conclusions : Certes, le pronostic des EME est conditionné par la gravité du tableau clinique à l'admission mais aussi par les complications évolutives. Une prise en charge optimale dès l'admission et tout au long de l'hospitalisation pourrait éviter ces complications et améliorer l'issue de ces patients.

P. 178. Craniectomie decompressive et traumatisme cranien grave de l'enfant : profil épidemiologique clinique et évolutif

Auteurs : K.Chaabeni*, E.Mili, M.Barketi, F.Hafi, B.Zbidi S.Chaari, K.Zouari, M.Halek, M.Ben Ali, R.Ounalli, S.Betbout, M.Khemili, L.Stambouli, M.Gahbiche
Service et Hôpital : *Service d'Anesthésie-Réanimation EPS Fattouma Bourguiba Monastir*

Introduction : Les traumatismes crâniens (TC) de l'enfant représentent un problème majeur de santé publique par leur fréquence et leur morbi-mortalité. L'hypertension intracrânienne (HTIC) non contrôlée par le traitement médical optimal est de pronostic péjoratif. La craniectomie décompressive (CD) à la phase aigue permet de contrôler l'HTIC. L'objectif : Décrire les caractéristiques à court terme des enfants ayant un traumatisme crânien grave (TCG) et opérés de CD.

Patients et méthodes : Nous avons inclu durant une période de 17 ans (2000- 2017) tous les enfants âgés de moins de 15 ans, admis pour TC isolé ou associé à d'autres lésions de polytraumatisme et opérés pour craniectomie décompressive. Nous avons recueilli les paramètres épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutifs.

Résultats : Nous avons colligé 186 dossiers d'enfants traumatisés crâniens admis au service. L'atteinte crânienne était grave (définie par Glasgow coma scale, GCS inférieur ou égal à 8) dans 118 cas (63%) et isolée dans 108 cas (58%). Le TC était associé à des lésions traumatiques (polytraumatisme) dans 74 cas(39%). La CD était pratiquée chez 6 enfants ayant un TCG. Le délai de sa pratique était entre 24 et 48ème heure post traumatique. L'âge était de 2-12 ans. Le GCS initial varie de 4 à 8 et une mydriase bilaérale aréactive était présente dans deux cas sur six, un cas d'anisocorie. Les agressions cérébrales secondaires d'origine systémique (ACSOS) étaient présentes dans tous les cas. Tous les enfants étaient des polytraumatisés. Le scanner cérébral initial était pathologique dans 5 cas sur six. Les lésions étaient classées Marshall V (1cas), IV (1cas), III (2 cas) et I (2cas). La mortalité hospitalière était relevée chez 5 enfants.

Conclusion : La mortalité était élevée chez les enfants TCG opérés de CD. Le décès pourrait être expliqué par la gravité des lésions neurologiques initiales et par la survenue des ACSOS.

P. 179. Epilepsie post traumatique : incidence et facteurs predictifs de sa survenue

Auteurs: K.Chtara, M.Youssfi*, O.Turki, CH.Ben Hamida, H.Chelly, M.Bouaziz.
Service et Hôpital : *Service de reanimation polyvalente CHU Habib Bourguiba SFAX*

L'épilepsie post traumatique (EPT) représente 10 à 20% des épilepsies dans la population générale. Elle est définie par la survenue d'au moins deux convulsions non provoquées dans un contexte de traumatisme crânien.

Objectif : Déterminer l'incidence de l'EPT dans notre pays et les facteurs prédictifs d'épilepsie post traumatique.

Matériels et méthodes : étude rétrospective analytique ayant inclu tous les patients victime d'un traumatisme crânien et se compliquant d'une EPT entre 2009 et 2012 et ceci dans le service de Réanimation polyvalente de SFAX. Nous avons collecté les caractéristiques cliniques, biologiques, radiologiques et évolutives. Et nous avons dégagé les facteurs prédictifs d'EPT en analyse univariée.

Résultats : Durant la période de l'étude, 694 patients ont été hospitalisé pour traumatisme crânien, parmi eux 32 patients ont développé une EPT (soit 4,6%) . En analyse uni-variée, les convulsions initiales ont été significativement associée à l'EPT (p<0,001). Les lésions élémentaire objectivées à la TDM associé es à l'épilepsie post traumatique ont été l'hématome extra dural (p=0,009), l'hémorragie intra cérébrale (p=0,001), l'hématome sous dural aigu (p=0,006), la pneumocéphalie (0,001), l'œdème cérébral (0,019), les contusions corticales (0,031), les contusions du tronc (0,019), l'effet de masse intracrânien (0,022) et l'engagement cérébral (0,048). La neurochirurgie a été significativement associée à la survenue d'EPT (p=0,005). La durée de séjour en réanimation a été significativement plus prolongée chez les patients ayant développé une EPT.(p=0,004).

Conclusion : L'EPT survient chez les patients ayant des lésions cérébrales graves nécessitant une prise en charge chirurgicales et responsables de durée de séjour en réanimation plus prolongées.

P. 180. La confusion mentale post opératoire

Auteurs: I.Chaieb*, I.Souissi, K.Walha, H.Cheikhrouhou, A.Karoui
Service et Hôpital : *CHU Hbib Bourgiba, service anesthésie réanimation*

Introduction : Le syndrome confusionnel correspond à une défaillance cognitive globale aigue associée à des variations du niveau de vigilance. Il représente le trouble cognitif post opératoire le plus répandue. Le but de notre étude était de prédire la survenue d'une confusion mentale post-opératoire à partir de données préopératoires.

Matériels et méthodes : Notre étude comporte 50 patients candidats à une chirurgie cardiaque. Les données sociodémographiques et clinico-biologiques préopératoires ont été recueillies la veille de l'intervention. Nous avons utilisé l'échelle CAM (Confusion Assessment Method) pour le dépistage d'une confusion mentale post opératoire (dans les 72 heures suivant l'extubation

Résultats : L'âge moyen était de 55 ans, avec un sex-ratio H/F de 1,5. Des habitudes addictives ont été notées chez 50% des patients (tabac 51,1%, alcool 10,6%). Deux tiers de la population présentait un score ASA III. Les

antécédents médicaux étaient t : hypertension artérielle 38,3%, diabète 29,8%, bronchopneumopathie chronique obstructive 25,5%. Une sténose carotidienne a été notée dans 34% des cas. L'hémoglobine préopératoire moyenne était de 12,4 g/dL. La confusion mentale postopératoire, évaluée via l'échelle CAM, a été rapportée chez 17% de la population. Elle était significativement associée à l'âge élevé (p=0,006), au tabagisme (p=0,048) et à la présence d'une sténose carotidienne (p=0,013).

Conclusion : Le syndrome confusionnel est une complication post opératoire très redoutable, le diagnostic précoce et la prise en charge adaptée reposent sur une meilleure connaissance de ce syndrome dans le but d'améliorer la qualité et de la sécurité des soins.

P. 181. Remifentanil versus fentanyl for sedation in mechanically ventilated patients in medical ICU.

Auteurs : Nouira W, Ouanes I, Ouni A, Zorgati H, Bouker N, Hammouda Z, Tlili M, Hraiech K, Dachraoui F, Boukadida S, Ouanes-Besbes L, Abroug F.

Service et Hôpital : *Service de Réanimation Polyvalente/ CHU Fattouma Bourguiba Monastir. Tunisie*

Introduction: Remifentanil is known to have organ-independent elimination and short context-sensitive half time of 3 to 4 minutes leading rapid action offset. These properties make it a useful in sedation in ICU. Medical critically ill patients have often organ dysfunctions suggesting potential benefits of remifentanil in this setting. On the other hand remifentanil costs are high compared to fentanyl and sufentanil, moreover abrupt offset of opioid actions may participate to agitation and pain increase at sedation withdrawal. The aim of the present study is to compare sedation using remifentanil or fentanyl as morphinomimetic in sedation of a cohort of medical critically ill patients.

Methods: This was a retrospective cohort study including consecutive patients admitted to our ICU and requiring mechanical ventilation (MV) and sedation between January 2016 and September 2017. In our clinical practice sedation was made with Midazolam-remifentanil before February 2017 and Midazolam-fentanyl since then. Clinical characteristics and outcomes were compared between both groups and a matching was made on age (± 5 years), SAPS II score (±10), and reason for MV.

Results: During the study period 92 were included (median age: 51.5; IQR: 36-67, median SAPS II: 44; IQR: 34-51.7 and median SOFA score: 7; IQR: 5-9) Table I summarizes patients characteristics and outcomes in all patients.

TABLE I: PATIENTS CHARACTERISTICS AND OUTCOMES.

		Remifentanil (n=50)	Fentanyl (n=42)	p
Age, med [IQR]		56 [36- 68]	49 [33- 67.2]	0.340
Gender (M/F)		32/18	30/12	0.409
SAPS II, med [IQR]		45 [36.5-52]	40.5 [32-49]	0.571
SOFA, med [IQR]		7 [5 – 10.2]	6 [5 - 8]	0.456
Reason for mechanical ventilation	ARF on CRF, n(%)	16 (32)	12 (28.6)	0.414
	ARF de novo, n(%)	15 (30)	9 (21.4)	
	Neurologic, n(%)	10 (20)	6 (14.3)	
	Shock, n(%)	6 (12)	8 (19)	
	Other, n(%)	3 (6)	7 (16.7)	
Vasopressors use, n(%)		34 (68)	30 (71)	0.656
Sedation duration med [IQR]		5 [2-10]	4 [2-8.2]	0.518
Ventilation duration (days) med [IQR]		10 [4-18.2]	6 [3-12.7]	0.200
Tracheotomy, n(%)		7 (14)	3 (7.1)	0.293
Reintubation, n(%)		12 (24)	13 (31)	0.455
ICU LOS (days), med [IQR]		16 [7-26.7]	14 [6-35.5]	0.948
ICU Mortality, n(%)		28 (56)	15 (35.7)	0.052

After matching of 38 patients from remifentanil group with 38 others from fentanyl group (on age, SAPS II and reason for MV), ICU mortality was 47.4% in remifentanil group vs 39.5% in fentanyl group; p=0.488, OR=1.38 with 95% CI; 0.55-3.42.

Conclusion: In our cohort of medical critically ill patients requiring MV, we observed no differences in outcomes of patients sedated with remifentanil or fentanyl.

P. 182. Le coma d'origine infectieuse: Les caractéristiques et le devenir des malades

Auteurs : F. Daly, I. Trabelsi, A. Trifi, H. Doghri, Y. Touil, R. Nasri, S. Abdellatif, S. Ben Lakhal
Service et Hôpital : *Service de réanimation médicale du CHU La Rabta de Tunis*

Introduction : L'infection du système nerveux central est une des étiologies les plus fréquentes du coma non traumatique (CNT) en réanimation. L'objectif de notre travail est de déterminer les différentes caractéristiques et le devenir de ces patients par rapport aux patients admis pour CNT d'origine non infectieuse (CNT-NI).

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique. Elle est étalée sur deux ans et réalisée au service de réanimation du CHU La Rabta de Tunis. Tous les patients admis pour un CNT avec un score de Glasgow (GCS) ≤ 10 ont été inclus. Une description épidémiologique, clinique et des moyens diagnostiques des CNT d'origine infectieuse (CNT-I) a été faite. Une comparaison de ces derniers par rapport à ceux admis pour CNT-NI a été réalisé en analyse univariée puis en multivariée.

Résultats : Durant la période d'étude, 395 patients ont été hospitalisés. Parmi-eux, 84 ont été admis pour un CNT soit une incidence de 21% (IC95%= [17%-25%]). L'étiologie la plus fréquente était infectieuse, retenue chez 28 patients (33%). L'âge moyen de ces patients était de 43,1 ans (±16) et le sexe ratio de 1,8. Les patients provenaient dans 89% des cas de notre hôpital. Treize patients (16%) avaient au moins un antécédent avec un index de Charlson ≥ 1 chez 10 patients (36%). La durée de séjour médiane était de 9 jours (7-12,25) et la durée de ventilation mécanique chez les 20 patients intubés était de 7,5 jours (5-12). L'IGS II moyen était de 34,5 (±14,1), l'APACHE II de 23,3 (±5,1), le SOFA score de 3,7 (±2,4) et le GCS de 7,6 (±2,8). La CRP moyenne à l'admission était de 134 mg/L (±109,3) et la médiane des globules blancs de 12900 elt/mm3 (8680-16300). Pratiquée chez 25 patients (89%), la ponction lombaire a montré un liquide trouble dans 14 cas (56%), une pleiocytose médiane de 270 elt/mm3 (35-3825) avec une prédominance PNN altérés dans 14 cas (56%), une hypoglucorrachie dans 10 cas (40%) et une hyperalbuminorachie dans 21 cas. Vingt-six patients (93%) ont bénéficié d'une TDM et six patients d'une IRM cérébrale (21%). L'EEG était réalisé chez 2 patients. La mortalité était de 32%. Les différences entre les patients ayant un CNT-I et ceux un CNT-NI ont été représentées dans le Tableau.

TABLEAU: LES RÉSULTATS DE L'ANALYSE MULTIVARIÉE DES PATIENTS ADMIS POUR CNT D'ORIGINE INFECTIEUSE ET NON INFECTIEUSE.

Paramètres	CNT- infect	CNT non infect	p	ORa	IC 95%
Age (années)	43,1 (±16)	47,7 (±17,4)	0,013	0,95	[0,90-0,98]
SOFA score	3,7 (±2,4)	5,4 (±3,9)	0,006	0,68	[0,52-0,89]
GCS	7,6 (±2,8)	6,7 (±2,5)	0,18	1,36	[1,05-1,70]
CRP à l'adm (mg/L)	134 (±109)	108 (±104)	0,039	1,01	[1,01-1,02]
Nbre TDM / patient	1 (1-2)	1 (0-1)	0,002	3,45	[1,56-7,60]

Conclusions : L'infection est l'étiologie la plus fréquente du CNT en réanimation. En les comparant aux patients admis pour un CNT-NI, ces patients sont moins âgés, leur gravité clinico-biologique est moins sévère et leurs comas est moins profond. Ils ont un SIB plus important à l'admission et bénéficient de plus d'imagerie cérébrale.

P. 183. Le coma d'origine infectieuse : La performance des signes cliniques et des examens complémentaires

Auteurs : F. Daly, I. Trabelsi, A. Trifi, H. Doghri, Y. Touil, R. Nasri, S. Abdellatif, S. Ben Lakhal
Service et Hôpital : *Service de réanimation médicale du CHU La Rabta de Tunis*

Introduction : Le coma non traumatique (CNT) est une urgence vitale dont le pronostic dépend de la précocité de la prise en charge symptomatique et étiologique. Si reconnaître l'existence du coma est facile, en préciser l'étiologie est souvent plus difficile et repose sur plusieurs éléments cliniques, biologiques et radiologiques. L'objectif de notre travail est de relever la contribution de certains éléments parmi ces derniers dans la détermination de l'étiologie infectieuse du CNT.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, monocentrique et étalée sur deux ans. Elle a été réalisée au service de réanimation du CHU La Rabta de Tunis. Tous les patients admis pour un CNT avec un score de Glasgow

(GCS) ≤ 10 ont été inclus. Nous avons analysés l'apport du syndrome méningé (SM) et celui de certains examens complémentaires dans le diagnostic des CNT d'origine infectieuse.

Résultats : Durant la période d'étude, 84 patients ont été admis pour un CNT. L'âge moyen était de 45,5 ans (±16,9) et le sex-ratio de 1,3. Le GCS moyen était de 5,7 (±3,3), l'IGS II moyen de 38,4 (±14,6) et l'APACHE II de 14 (±5,6). Tous les patients ont bénéficié d'un bilan biologique et d'une recherche d'un SM. La réalisation des autres examens ont été résumés dans le tableau 1. L'étiologie la plus fréquente était infectieuse, retenue chez 28 patients (33%). Le SM était présent chez 14 patients (17%) dont 11 ayant un CNT d'origine infectieuse (79%) (p < 10-3). Le SIB était présent dans 72 (86%) dont 25 avaient un CNT d'origine infectieuse (35%) (p =0,508). La réalisation des différents examens complémentaires ont été représentés dans le tableau. La contribution du SM, du SIB, des données de l'EEG et de l'imagerie ont été représentés dans le tableau 2.

TABLEAU 1: LA PRESCRIPTION DES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES SELON L'ÉTIOLOGIE DU CNT

Paramètres		CNTI	CNTNI	Total	p	OR	IC95%
Ponction lombaire							
	Oui	25 (63%)	15 (37%)	40 (48%)	< 10-3	22,8	[6-86,6]
	Non	3 (7%)	41 (93%)	44 (52%)			
Recherche non spécifique de toxiques							
	Oui	7 (32%)	15 (68%)	22 (26%)	0,861	0,9	[0,3-2,6]
	Non	21 (34%)	41 (66%)	62 (74%)			
Electroencéphalogramme							
	Oui	2 (33%)	4 (67%)	6 (7%)	1	1	[0,2-5,8]
	Non	26 (33%)	52 (67%)	78 (93%)			
Imagerie cérébrale (TDM et/ou IRM)							
	Oui	28 (46%)	33 (54%)	61 (73%)	< 10-3	1,8	[1,5-2,3]
	Non	0	23 (100%)	23 (27%)			

CNT : coma non traumatique : CTNI : CNT d'origine infectieuse : CNTNI : CNT d'origine non infectieuse

TABLEAU 2 : LA PERFORMANCE DU SYNDROME MÉNINGÉ ET DES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES DANS L'ORIENTATION ÉTIOLOGIQUE INFECTIEUSE DU CNT

Paramètres	VPP (%)	VPN (%)	Sensibilité (%)	Spécificité (%)
Syndrome méningé	78,6	75,7	39,3	94,6
SIB	34,7	75	89,3	16,1
Imagerie cérébrale	50	57,5	50	57,5
EEG	50	75	50	75

Conclusions : Le SM est le signe le plus spécifique dans la détermination de l'origine infectieuse du CNT mais peu sensible. Pour les examens complémentaires, le SIB présente la meilleure sensibilité et l'EEG la meilleure spécificité.

P. 184. Les états de mal épileptiques tonico-cloniques généralisés en réanimation : Incidence et et étiologies

Auteurs : W. Azaza, F. Daly, A. Trifi, R. Nasri, Y. Touil, S. Abdellatif, S. Ben Lakhal
Service et Hôpital : *Service de réanimation médicale du CHU La Rabta de Tunis*

Introduction : L'état de mal épileptique tonico-clonique généralisé (EMETCG) constitue un motif fréquent d'admission en réanimation souvent symptomatique d'une atteinte structurelle et/ou fonctionnelle cérébrale aigue d'importance variable. L'objectif de notre travail était d'étudier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et étiologiques des EMETCG en réanimation du CHU La Rabta de Tunis.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et monocentrique. Elle a été réalisée dans le service de réanimation médicale du CHU La Rabta de Tunis. Les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et étiologiques de tous les patients admis pour un EMETCG entre le 1er janvier 2013 au 30 juin 2017, ont été étudiés.

Résultats : Durant la période d'étude, 864 patients ont été hospitalisés dans le service. Parmi-eux, 101 patients ont été inclus soit une incidence de 11,7% (22 cas par an). L'âge moyen était de 43 ans (±15 ans) avec un sex-ratio de 1,65. Quatre-vingt-cinq patients (85%) avaient au moins un antécédent dont le plus fréquent est l'hypertension artérielle (27%). On retrouve un antécédent d'épilepsie chez 39 patients (38%). Le service d'origine était celui des urgences pour 71 patients (69% des cas). L'EMETCG était réfractaire chez 86 patients (85%) et super-réfractaire chez 3 patients (3%). A la recherche d'une étiologie, un bilan métabolique a été réalisé chez tous les patients, une imagerie cérébrale chez 99 patients (98%), une ponction lombaire chez 51 patients (51%), une recherche non spécifique de toxique chez 31 patients (31%) et un EEG chez 7 patients (7%). L'étiologie retenue la plus fréquente était l'infection du système nerveux cérébral (29 patients) chez les patients non épileptiques (47%) et la mauvaise observance du

traitement (24) chez les épileptiques (62%). Une ventilation mécanique invasive était nécessaire chez 91 patients avec une durée médiane de 8 jours (4-16). La durée de séjour médiane était de 13 jours (6-22,5).

Conclusions : L'EMETCG est fréquente en réanimation et se présente sous sa forme la plus sévère (réfractaire et super-réfractaire) dans la plupart des cas (89%). Elle est le plus souvent due à une mauvaise observance du traitement chez les épileptiques et à une infection du système nerveux central chez les autres.

P. 185. L'état de mal épileptique tonico-clonique généralisé en réanimation : Comparaison de trois scores pronostiques

Auteurs : F. Daly, W. Azaza, A. Trifi, R. Nasri, Y. Touil, S. Abdellatif, S. Ben Lakhal
Service et Hôpital : *Service de réanimation médicale du CHU La Rabta de Tunis*

Introduction : L'état de mal épileptique tonico-clonique généralisé (EMETCG) est grevée d'une mortalité élevée. Certains scores prédictifs ont été étudiés dans cette entité dont les deux scores généralistes ; l'Indice de Gravité Simplifié II (IGS II) et l'Acute Physiology And Chronic Health Evaluation II (APACHE II) ainsi qu'un score plus spécifique comme le Status Epilepticus Severity Score (STESS). L'objectif de notre travail était d'étudier le pouvoir prédictif de ces scores dans l'EMETCG en réanimation.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et monocentrique. Elle a été réalisée dans le service de réanimation médicale du CHU La Rabta de Tunis. Tous les patients admis pour un EMETCG entre le 1er janvier 2013 au 30 juin 2017, ont été inclus. Le STESS score a été calculé pour chaque patient rétrospectivement. Une analyse par la courbe Receiver Operating Characteristic (ROC) a été réalisée pour ce score ainsi que pour l'IGS II, l'APACHE II, le SOFA score et le score de comorbidité de Charlson afin de déterminer leurs pouvoirs prédictifs de mortalité.

Résultats : Ont été inclus 101 patients durant la période d'étude. L'âge moyen était de 43 ans (±15 ans) avec un sex-ratio de 1,65. Quatre-vingt-cinq patients (85%) avaient au moins un antécédent avec un maximum de 8 antécédents par patient et un score de Charlson au moins égal à 1 chez 45 patients. On retrouve un antécédent d'épilepsie chez 39 patients (38%). L'EMETCG était réfractaire chez 86 patients (85%) et super-réfractaire chez 3 patients (3%). L'étiologie retenue la plus fréquente était l'infection du système nerveux cérébral chez les patients non épileptiques (47%) et la mauvaise observance du traitement chez les épileptiques (62%). L'IGS II moyen était de 33,3 (±14,1), l'APACHE II de 14,4 (±6,8) et le SOFA score médian de 3 (1-7). Le STRES score était ≥ 3 chez 59 patients (59%) et le score de Charlson > 3 chez 9 patients (9%). L'évolution était défavorable chez 40 patients soit une mortalité observée de 40%. L'IGS II, l'APACHE II et le STESS score pouvaient prédire la mortalité (p < 10-3, p= 0,002 et p= 0,03 respectivement) avec une meilleure prédiction pour l'IGS II (Figure). Les meilleurs Cut-off de ces trois scores sont représentés dans le tableau.

Conclusions : Les trois scores IGS II, APACHE II et le STES permettent de prédire la mortalité de l'EMETCG. Un score IGS II > à 36,5 est le meilleur paramètre associé à la surmortalité de cette pathologie en réanimation.

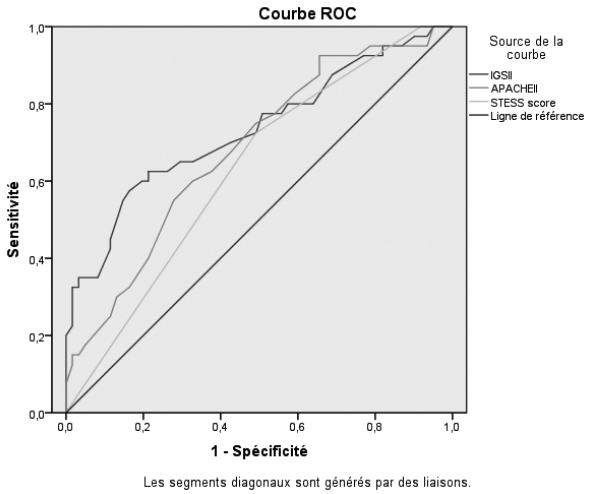


Figure : Les courbes ROC des scores IGS II, APACHE II et le STES pour déterminer leur pouvoir de prédiction de la mortalité de l'EMETCG en réanimation

TABLEAU : LES MEILLEURS SEUILS DES SCORES IGS II, APACHE II ET STES PERMETTANT DE PRÉDIRE LA MORTALITÉ DES EMETCG

Les scores	Cut-off	Sensibilité	Spécificité	ASC (±ET)	p	IC95%
IGS II	36,5	62,5%	78,7%	0,73 (±0,05)	< 10-3	0,63-0,84
APACHE II	15,5	60%	67,2%	0,68 (±0,05)	0,002	0,58-0,79
STESS	2,5	72,5%	50,8%	0,63 (±0,06)	0,030	0,52-0,74

P. 186. L'encéphalomyelite aigue disseminée et la plasmapherese précose

Auteurs : S.Belil*, O.Turki, A.Bouattour, K.Chtara, M.Bahloul, H.Chelly, M.Bouaziz
Service et Hôpital : *Réanimation Polyvalente EPS Habib Bourguiba SFAX*

L'encéphalomyélite aiguë disséminée (ADEM: acute disseminated encephalomyelitis), appelée également encéphalite post-infectieuse, est une affection inflammatoire démyélinisante multifocale du système nerveux central secondaire à une cascade immunologique. Le tableau clinique associe des troubles de la conscience évoluant dans un contexte particulier et le diagnostic est confirmé par des anomalies de la substance blanche à l'IRM. Les thérapeutiques validées sont la corticothérapie à forte dose associée ou non aux immunoglobulines ou les échanges plasmatiques. Le pronostic de la maladie dépend essentiellement de la précocité et du choix du traitement.

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 43 ans, sans antécédents pathologiques notables, qui a été admise initialement au service de neurologie dans un tableau de lourdeur de l'hémicorps gauche d'installation rapidement progressive, avec une altération de l'état de conscience (GCS=13 /15) dans un contexte fébrile (T°=38,5). Devant ce tableau et un scanner cérébral fait revenant normal, une ponction lombaire a été faite montrant un aspect clair de l'LCR avec 170 éléments blancs à prédominance lymphocytaire(80%)a l'examen cytologique et une normo glucorrachie et un hyperproteinorachie à 1,67g/dl. La patiente a été mise initialement sous claforan et zovirax à dose méningée. L'évolution a été marquée par l'aggravation de son état neurologique(GCS=6/15) à j2 d'hospitalisation d'où l'indication d'une assistance ventilatoire et son admission au service de réanimation. Une IRM cérébrale, pratiquée le même jour, a montré une anomalie de signal en plage bilatérale et asymétrique de la substance blanche péri ventriculaire et sous corticale fronto-pariétale bilatérale, des centres semi ovales, du bras postérieurs de la capsule interne droite et du corps calleux évoquant une ADEM. La décision était d'arrêter le traitement initial et de mettre la patiente sous solumédrol à la dose de 1g/j pendent 3 jours puis sous méthylprédnisolone1mg/kg x2/j pendant 7jours avec une dégression progressive des doses sur 4 semaines. Malgré une corticothérapie prescrite précocement l'évolution était défavorable avec absence de signes de réveil au bout de 14jours de traitement .La décision était d'associer des séances d'échanges plasmatiques. Dés la troisième séance de plasmaphérèse, l'amélioration était spectaculaire ; la patiente est devenue consciente, toute en gardant une para-parésie et a été sevrée de la ventilation mécanique à j17 d'évolution. A 3mois d'évolution, la patiente est parfaitement consciente coopérante avec une reprise de son activité quotidienne.

CONCLUSION : La corticothérapie à forte dose malgré qu'elle soit l'une des thérapeutiques validées de l'ADEM, peut ne pas être suffisante. Faut- il associer le traitement par plasmaphérèse dès la confirmation diagnostic ?

Thème Toxicologie :

P. 187. Défaillance multi viscérale au cour d'une intoxication au CO : à propos d'un cas

Auteurs : M.Arafa* ; G.Ben amor ; O.kehila ; A.Ghoula ; R.Hammami ; K.lamine
Service et Hôpital : *Hôpital militaire principale d'instruction de Tunis*

Introduction : la présentation clinique au cour de l'intoxication au monoxyde de carbone est non spécifique et polymorphe et peut être faussement rassurante. Les complications tardives sont principalement d'ordre neurologique (syndrome post intervallaire), des défaillances organiques ont rarement été rapportées et étaient souvent limitées à un seul organe.

Cas clinique : Nous rapportons l'observation d'un patient victime d' une intoxication au CO compliquée d'une crise convulsive avec traumatisme du membre supérieur gauche. Il a été pris en charge initialement dans un hôpital régional : oxygénation par lunette nasale et immobilisation plâtrée brachio antébrachial puis le patient nous a été transféré. L'examen clinique initial trouve un patient anurique depuis 72 heures sans globe vésicale, algique, apyrétique, Glasgow 15/15, TA : 140/80 mmhg, polypnéique à 28 cycle /min, une auscultation cardio respiratoire normale et une tuméfaction douloureuse de membre supérieur gauche, l'électrocardiogramme a montré un sus décalage en V1 et v2 de 2 millimètre, le reste de l'examen clinique était normale. A la biologie, une défaillance multi viscérale : insuffisance rénale avec une clearance à 22ml/min, une cytolyse à 30 fois la normale, une rhabdomyolyse à 100 fois la normale, une hyperkaliémie à 5,8 et des troponines à 0,4.Une radiographie de thorax et de membre supérieur gauche n'a pas montré d'anomalie significative. Le diagnostic d'une défaillance multi viscérale secondaire à une intoxication grave au CO a été suspecté, la prise en charge thérapeutique aux urgences était d'hydrater le malade et de donner des antalgiques. Le patient a déclenché une diurèse mais continue à altérer sa fonction rénale ce qui a motivé son transfert au service de néphrologie pour complément de prise en charge. Lors de son séjour, il a développé un syndrome de volkmann d'où son transfert au service d'orthopédie pour aponévrotomie de décharge. En post opératoire le patient a aggravé encore sa fonction rénale avec une clairance à 12 ml/min puis installation d'une insuffisance respiratoire aigüe en rapport avec un œdème pulmonaire aigue néphrogénique, ce qui a motivé son hospitalisation au service de réanimation où il a bénéficié d'une assistance respiratoire avec deux séances d'hémodialyse avec bonne évolution.

Conclusion : Il n'y a pas de corrélation entre la présentation clinique et la gravité de l'intoxication au CO ce qui revient à prendre en considération le contexte de l'intoxication (décès de l'un des victimes, convulsion) et ce indépendamment de l'examen physique et du délai de consultation.

P. 188. Une cause éxceptionnelle d'augmentation de la procalcitonine : l'envenimation scorpionique

Auteurs : M .Zekri*, O.Turki, S.Belil, R.Ammar, H.Chelly, M.Bahloul, M.Bouaziz
Service et Hôpital : *Réanimation Polyvalente EPS Habib Bourguiba SFAX*

Introduction : L'envenimation scorpionique est fréquente dans les pays tropicaux et subtropicaux. Les formes graves d'envenimation scorpionique restent redoutées du fait de la mortalité importante. Sa physiopathologie a été toujours expliquée par les conséquences hémodynamiques : un état de choc cardiogénique associé à un tableau d'œdème aigu du poumon(OAP) suite à un orage des catécholamines, mais les phénomènes inflammatoires reste peu étudiés.

Observation : Nous rapportons le cas d'un enfant âgé de 1ans admis en réanimation pour prise en charge d'une envenimation scorpionique stade3 avec un tableau de défaillance multiviscérale associant une défaillance hémodynamique: unemyocardite fulminante avec FEVG initiale à 5% mise sous dobutamine, une défaillance neurologique : GCS à 3/15 et une défaillance respiratoire avec un tableau d'OAP nécessitant le recours à la ventilation mécanique. Le taux initial procalcitonine à J1 était >100 ng/ml. Cette valeur a été confirmé à J3 (>100 ng/m)l avec une baisse de cette valeur à 28ng/ml à J6 puis à 9ng/ml à J21. Parallèlement, l'évolution clinique était favorable avec une extubation à J17. L'enfant a été mis sortant à J22 de son hospitalisation.

Conclusion : La procalcitonine est un marquer spécifique de l'infection bactérienne mais elle peut être aussi un élément biologique important témoignant de la gravité de l'envenimation scorpionique et aussi du pronostic du malade.

P. 189. L'intoxication à la theophylline : valeur pronostique du taux serique de la théophylline

Auteurs : M. Hassouna, E. Ayari, A. Aloui, N. Brahmi
Service et Hôpital : *Service de Réanimation médicale et toxicologique (CAMU)*

Introduction : L'intoxication à la théophylline constitue une intoxication grave due aux complications cardiaques et neurologiques potentiellement mortelles. Malgré la controverse, la théophylline reste largement utilisée pour la prise en charge de l'asthme et de diverses autres maladies respiratoires. L'étude vise à décrire les caractéristiques de l'intoxication à la théophylline et la corrélation entre la théophylline et les anomalies biologiques.

Méthodes : Entre janvier 2011 et Avril 2017, nous avons suivi tous les patients qui avaient été référés au centre international de toxicologie pour intoxication à la théophylline. Les informations recueillies incluaient l'âge, le sexe, la quantité de médicament supposée ingérée et toute manifestation clinique initiale de toxicité. Un échantillon de sang a également été prélevé pour la détermination de la concentration plasmatique de théophylline. Une concentration de théophylline plasmatique ≥ 30 mg / l a été considérée comme une référence pour le diagnostic d'empoisonnement.

Résultats: 89 cas d'empoisonnement à la théophylline ont été examinés. L'intoxication était volontaire dans tous les cas. Les patients étaient jeunes (âge moyen: 22,94 [12-75]) et à prédominance féminine (91%), seulement 12% étaient des asthmatiques connus et 4,5% des patients souffraient de bronchopneumopathie chronique obstructive. La forme à libération prolongée représentait la majorité des cas, la quantité de médicament variait largement. Dans 87% des cas, la théophylline était considérée comme la seule drogue impliquée, d'autres médicaments ont été signalés dans 13% des cas. Le temps écoulé entre l'ingestion de théophylline et la consultation aux urgences variait de 1 à 24 heures (temps moyen: 7,4 heures). La quantité moyenne de théophylline ingérée était de 4512 mg (max: 18000 mg). La théophyllinémie moyenne était de 45,8 mg / l. Un seul patient présentait un taux sérique de théophylline de 156 mg / l. Tous les patients présentaient une tachycardie et des symptômes digestifs (vomissements). Un seul patient avait des convulsions et avait été intubé. L'hypotension a été observée chez seulement 1 patient et a bien évolué après remplissage. Les anomalies métaboliques étaient fréquentes: 66 cas (74%) avaient une hypokaliémie (moyenne: 3,07 Meq / l) et 18,4% une acidose lactique (lactate moy = 3,97). Une hypokaliémie a été observée tôt au cours du surdosage (en moyenne, 5 heures après l'ingestion ou l'administration de théophylline). Une hyperleucocytose a été observée dans 69% des cas et une hyperglycémie dans 69% des cas également. La glycémie maximale variait de 16 mmol / 1 avec une moyenne de 8,6 mmol / 1 et était corrélée avec le taux maximal de théophylline (p <0,001). La théophylline sérique moyenne réalisée à H12 était de 27,17 mg / l avec un maximum de 185 mg / l. Le pH artériel variait de 7,33 à 7,56 avec une moyenne de 7,45. Chez les patients, un pH ≤ 7,36 était dû à une acidose métabolique primaire. Les valeurs de bicarbonate variaient de 11 mmol / 1 à 35 mmol/ l avec une moyenne de 19,7 mmol / 1 et 16,85% des patients avaient des taux de bicarbonate inférieurs à 18 mmol / 1. Des valeurs de pH ≥ 7,45 ont été observées dans 73,7% des cas en raison d'une alcalose respiratoire. En ce qui concerne le traitement, un lavage gastrique a été effectué dans 5 cas, le charbon actif dans 72% des cas, les bêtabloquants dans 35% des cas, les médicaments vasoactifs dans un seul cas. La durée de séjour aux soins intensifs était courte (moyenne de 19,6 h), inférieure à 24 h chez 80% et un seul patient est resté plus de 46 h. La durée du séjour aux soins intensifs est corrélée avec le niveau maximal de théophylline (p <0,001), mais pas avec le temps pour atteindre le niveau maximal. Il existe une faible corrélation entre le taux sérique de théophylline et le taux sérique de lactate (r2 = 0,06) et entre le taux sérique de théophylline et l'hypokaliémie (r2 = 0,005).

Conclusion: Compte tenu de l'utilisation intensive de la théophylline dans les affections pulmonaires, les cliniciens devraient être conscients des complications possibles et du risque de décès par intoxication.

P. 190. La piqure par la veuve noire : cause rare de myocardite toxique

Auteurs : F.Medhioub, R.Allala, A.Nasri, M.Boujelbène, N.Baccouch
Service et Hôpital : *Service réanimation, Hopital régional Mahres*

Introduction : La malmignatte ou la veuve noire est une araignée du genre Latrodectus mactans tredecimguttatus qui vit dans les régions méditerranéennes. Sa morsure entraîne un syndrome rare, appelé latrodectisme. Les manifestations neuromusculaires sont fréquemment décrites. En revanche, les manifestations cardiovasculaires sont rares et peu rapportées dans la littérature. L'atteinte myocardique reste exceptionnelle.

Observation : Madame, H.N. âgée de 42 ans sans antécédents pathologiques particuliers d'origine rurale a été admise aux urgences de Mahres une heure après une piqure d'araignée type veuve noire au niveau de la face postérieur de la cuisse gauche. La patiente était agitée, anxieuse et couverte des sueurs. Sa tension artérielle était à 170/110 mmHg et son pouls à 110 batt/min. Elle était polypneique à 22 cycles/mn. La SaO2 était à 96% à l'AA. Elle a été admise au service de réanimation. La radiographie du thorax, l'électrocardiogramme ainsi que le bilan biologique étaient sans anomalies. Elle a été mise sous antalgique avec désinfection du site de la piqure. Quelques heures plus tard, la patiente devenait tachypneique à 32 cycles/min avec tirage intercostal. La SaO2 était à 84% à l'AA. L'auscultation pulmonaire objectivait des râles crépitants diffus aux 2 champs pulmonaires. Par ailleurs, son état hémodynamique était stable. L'ECG n'a pas montré de modification électrique. La radio du thorax montrait des images alvéolaires bilatérales. A la biologie : troponine-Ic US positive à 337,1 ng/l. Le diagnostic d'œdème aigu du poumon hémodynamique a été porté, d'où sa mise sous ventilation non invasive avec des diurétiques injectables. L'évolution a été marquée par l'amélioration progressive de son état respiratoire. A l'échocardiographie tans-thoracique : une dysfonction du VG évaluée à 30%, des troubles de la cinétique segmentaire à type d'akinésie antéro-septale, d'hypokinésie apicale sévère et d'hypokinésie antérieure et antérolatérale. La patiente a été mise sortante une semaine plus tard après correction de son état clinique et nettoyage des images radiologiques. L'écho-cœur de contrôle, 15 jours plus tard, a mis en évidence une restitution ad intégrum de la fonction systolique et de la cinétique segmentaire du VG, le VG est discrètement hypertrophié, la FEVG est à 64%, absence de valvulopathie et d'HTAP. Le diagnostic de myocardite toxique post envenimation par araignée a été retenu.

Discussion : La malmignatte ou La veuve noire méditerranéenne est une araignée du genre Latrodectus mactans tredecimguttatus. Sa morsure entraîne un syndrome rare appelé latrodectisme dû à une neurotoxine protéique contenue dans son venin: l';latrotoxine qui en se fixant sur les récepteurs pré-synaptiques des terminaisons nerveuses entraîne un relargage massif de neurotransmetteurs. Le mécanisme exact de la myocardite est mal connu. Beaucoup d'auteurs l'ont rattaché à une libération adrénergique massive liée à l'effet de l';latrotoxine.

Conclusion : A travers cette observation rare nous insistons sur la gravité potentielle des atteintes cardio-vasculaires liées aux piqures d'araignée. Des explorations morphologique et biologique sont nécessaires devant toute suspicion d'atteinte cardiaque.

P. 191. Profil épidemiologique et pronostique des intoxications aigues au service de Réanimation de Mahres

Auteurs : F.Medhioub, R.Allala, N.Baccouch, M.Boujelbène, A.Nasri
Service et Hôpital : *Service réanimation, Hopital régional Mahres*

Introduction : Les intoxications aigues sont un motif fréquent de consultation dans les services des urgences et d'admission en réanimation. Elles constituent un vrai problème de santé publique. Le but de ce travail est de décrire le profil épidémiologique et pronostique des intoxications admises au service de réanimation de Mahres.

Patients et méthodes : Etude prospective menée au service de réanimation de Mahres sur une période de 6 mois (15/02/2017 jusqu'au 15/08/2017) ayant inclus tous les patients admis pour intoxication aigue volontaire ou accidentelle

Résultats : On a inclus 21 patients parmi 102 hospitalisations durant cette période. L'âge moyen des patients était de 21 ans avec des extrêmes allant de 3 à 64 ans. On a noté une prédominance féminine avec un sexe ratio de 0.16. Les intoxications étaient dans un but suicidaire dans 90% des cas. Les toxiques les plus incriminés étaient : les médicaments dans 85.7% des cas et les organophosphorés dans 14.3% des cas. Six patients étaient en état de coma (CGS <12). Deux patients présentaient un état de choc et trois patients une insuffisance respiratoire aigüe. La ventilation mécanique a été indiquée dans 14.2% des cas. Douze patients ont eu un lavage gastrique et deux patients ont reçu du charbon activé. L'évolution était favorable dans tous les cas après une durée moyenne d'hospitalisation de 3 ± 2 jours.

Conclusion : L'intoxication est fréquente et pouvant être grave. Une prise en charge psychiatrique précoce parallèle à la prise en charge somatique est nécessaire à fin d'éviter les récidives

P. 192. Le syndrome intermediaire secondaire à une intoxication par un insecticide organophosphore: A propos d'un cas

Auteurs : M.M.Kammoun*, R.Ammar, M.Yousfi. O.Turki, H.Chelly. M.Bouaziz
Service et Hôpital : *Chu habib bourguiba, service de réanimation polyvalente*

Introduction : Le syndrome intermédiaire est un tableau clinique rare de l'intoxication par les organophosphorés qui survient après quelques jours de la phase aigu de l'intoxication

Observation : Nous rapportons un cas d'un petit enfant âgé de 3 ans admis en réanimation pour la prise en charge d'une intoxication accidentelle à un produit de la famille des organophosphorés (DURsban*4), il présente un état de coma nécessitant le recours à la ventilation mécanique. Entre autre le patient a présenté un syndrome muscarinique et un syndrome nicotinique. L'activité cholinestérasique sérique été à 137 UI/ml. L'enfant était mis sous atropine à la dose de 0.5mg/h et contrathion. L'évolution été marquée par la disparition des syndromes nicotinique et muscarinique et le réveil du patient permettant son extubation. Il a était mis sortant après 72h d'hospitalisation. Après 24h de sa sortie soit à j5 post intoxication l'enfant présente une faiblesse musculaire avec impossibilité de la marche et de la station debout pour laquelle il a était ré-hospitalisé où l'examen trouve un patient conscient coopérant un déficit musculaire intéressant les muscles proximaux des 4 membres avec une hypotonie axiale et difficulté de la déglutition avec des reflexe ostéo-tendineux abolis. Par ailleurs il ne présente pas une altération de sa fonction respiratoire. L'activité cholinestérasique sérique dosée était inférieure à 100 UI/ml. La récupération était spontanée après 3 jours d'hospitalisation. Un électromyogramme fait a montré des perturbations électriques spécifiques de ce syndrome.

Conclusion : Le syndrome intermédiaire secondaire à l'intoxication par l'organophosphoré est une pathologie rare mais grave. Sa gravité réside dans l'atteinte respiratoire. Il faut toujours y penser.

P. 193. Méthémoglobinémie suite à une intoxication à l'Indoxacarbe

Auteurs : M.Tlili, F.Dachraoui, Z.Hammouda, N.Bouker, W.Nouira, K Hraiech, S. Boukadida, A Ouni, H Zorgati, I Ouanes, L Ouanes Besbes, F Abroug
Service et Hôpital : *Service de Réanimation Polyvalente, CHU Fatouma Bourguiba, Monastir*

Introduction : L'indoxacarbe est un insecticide appartenant à la famille des Oxadiazines, il bloque les canaux sodiques voltage dépendant dans les cellules nerveuses de l'insecte cible induisant une paralysie. Peu d'observations décrivent les effets d'une intoxication humaine.

Observation : Nous rapportons un cas d'intoxication, dans un but suicidaire, par un indoxacarbe chez une patiente âgée de 36 ans, se présentant aux urgences en coma profond, une cyanose généralisée et une hypoxémie sévère malgré le recours çà une ventilation artificielle en Fio2=100%. L'interrogatoire des proches et la présentation clinique faisant suspecter une méthémoglobinémie, la patiente a été traitée avec succès par des injections intraveineuses de bleu de méthylène et des mesures symptomatiques permettant une amélioration rapide sans séquelles.

Commentaires : Peu décrite, la toxicité humaine de l'indoxacarbe se manifeste par une irritation oculaire, un flou visuel, des éruptions cutanées et une coloration bleuâtre des téguments particulièrement visible aux lèvres et aux extrémités de même qu'une anémie sur la numération globulaire. Le métabolisme de l'indoxacarbe génère des métabolites aromatiques capables de se transformer en intermédiaires actifs qui produisent de la méthémoglobine dont la concentration sérique oriente la prise en charge thérapeutique : injection intraveineuse de bleu de méthylène.

Conclusion : L'indoxacarbe, est un insecticide à base d'oxydiazine, sa toxicité chez l'homme se manifeste par une méthémoglobinémie. Un traitement par l'injection intraveineuse de bleu de méthylène associé à d'autres mesures symptomatiques permet une amélioration rapide. Étant un insecticide dont l'usage pourrait se répondre, les réanimateurs devraient reconnaître et traiter une l'intoxication par l'indoxacarbe.

P. 194. Intoxication fatale aux hydrogenes sulfures : A propos d'un cas

Auteurs : M.Kallel*, N.Tilouche, M.Lahmer, H.Ben Sik Ali, R.Gharbi, M.Fekih Hassen, S.Elatrous
Service et Hôpital : *Réanimation médicale EPS Taher Sfar Mahdia*

Introduction : L'hydrogène sulfuré (H2S) est un gaz toxique et inflammable, incolore avec un seuil de détection odorante très bas. Ses effets toxiques sont dose-dépendants et potentiellement gravissimes en raison de son rôle d'inhibiteur de la respiration cellulaire et de sa neurotoxicité. Nous rapportons ici le cas d'un patient âgé de 17 ans, hospitalisé pour intoxication fatale à l'hydrogène sulfuré.

Présentation du cas : un patient âgé de 17 ans, a présenté pendant son travail un malaise lors d'une descente dans une fosse septique. Il a été extrait par ses collègues et amené a nos urgences où l'examen a objectivé : un patient en coma calme avec un score de Glasgow à 7, pupilles en mydriase réflectives, pas d'hypoglycémie, fréquence respiratoire à 40 c/mn, avec une hypotension à 70/50mmHg, des extrémités froides, et une tachycardie irrégulière a 120 bpm. La radiographie du thorax a montré un syndrome alvéolaire bilatéral. Après un remplissage vasculaire le patient a été intubé et ventilé et transféré en réanimation. A J4, il a présenté un d'un état de mal convulsif réfractaire nécessitant sa mise sous Penthotal. La TDM cérébrale a objectivé un œdème cérébral généralisé avec une hémorragie méningée de moyenne abondance et un effacement des citernes de base. Le patient est décédé à J20 d'hospitalisation dans un tableau de mort cérébrale.

Discussion : L'H2S est une toxine mitochondriale et un inhibiteur de cytochrome a3, concourant à l'asphyxie cellulaire et l'accumulation d'acide lactique. Il transforme aussi l'hémoglobine en sulfméthémoglobine, ce qui altère le transport d'oxygène. C e gaz diffuse rapidement à travers la membrane alvélolo-capillaire pour atteindre préférentiellement le cerveau, le foie, les reins, le pancréas et l'intestin grêle. Les effets cliniques dépendent de la concentration et de la durée d'exposition. Les manifestations neurologiques comportent les convulsions, confusion et un coma. La survenue d'hémorragie méningée n'a jamais été décrite, elle serait secondaire à l'exposition à une dose supérieure à 250 ppm. Notre patient a présenté une insuffisance respiratoire aigüe en rapport avec un œdème pulmonaire lésionnel probablement par toxicité directe des H2S. L'H2S possède aussi une toxicité cardiaque (ischémie myocardique ou diverses arythmies). D'autres effets ont été rapportés tels que l'hyperglycémie secondaire à une inhibition de la sécrétion de l'insuline, hépatite toxique, hyperleucocytose ou leucopénie et rhabdomyolyse. Le diagnostic biologique de l'intoxication par le sulfure d'hydrogène repose sur le dosage du taux urinaire de thiosulfate. La prise en charge thérapeutique est symptomatique. Une perfusion précoce de nitrite de sodium semble avoir un intérêt. Une antibiothérapie probabiliste est indiquée en cas d'inhalation d'eaux usées ou de purin. L'intérêt d'une oxygénothérapie hyperbare n'est pas prouvé et nécessite des études randomisées contrôlées.

Conclusion : Le diagnostic des intoxications au H2S est le plus souvent facile, son pronostic est péjoratif à cause du retentissement multi systémique de cette intoxication.

P. 195. Intoxication grave à la méthadone : A propos d'un cas

Auteurs : H.Nouira, N.Tilouche, H.Ben Sik Ali, M.Lahmer, R.Gharbi, M.Fekih Hassen, S.Elatrous
Service et Hôpital : *Réanimation Médicale EPS Tahar Sfar Mahdia*

Introduction : La méthadone (MT) est un dérivé morphinique utilisé dans le traitement de la toxicomanie et dans les douleurs modérées à sévères. Parallèlement à l'augmentation de la prescription de la MT, les décès liés à une overdose ont considérablement augmentés chez les adultes. Nous rapportons un cas d'une intoxication à la méthadone d'évolution neurologique défavorable.

Observation : La patiente âgée de 18 ans, sans aucun antécédent pathologique est retrouvée le lendemain d'un conflit familial, en coma. A l'examen initial : patiente inconsciente, Glasgow à 3, pupilles en myosis serrés, Glycémie capillaire=0,33g /l, TA=90/60, SaO2=65%. A la radiographie de thorax : des opacités alvéolaires au niveau de l'hémi champ pulmonaire droit. Elle a été intubée et ventilée et mise sous noradrénaline après l'échec d'un remplissage vasculaire. Le scanner cérébral est sans anomalie. A la biologie : insuffisance rénale créatinine=144 µmol/l ASAT=461 UI/L et ALAT=210 UI/L, TP bas à 48% et une rhabdomyolyse : CPK=8791 UI/L. La recherche de méthadone dans les urines était positif. L'évolution était marquée par le sevrage de la noradrénaline à J4 d'hospitalisation mais la patiente est restée en coma sans signe de localisation. Une TDM cérébrale a été pratiquée à J3 d'hospitalisation a montré des hypodensités bilatérales et symétriques intéressant la substance blanche postérieure, les capsules internes, ainsi que l'hémisphère cérébelleuse droite. La patiente était traitée par osmothérapie pendant deux jours mais aucune amélioration clinique et scannographique n'est été obtenue. L'évolution était défavorable et la patiente est restée en coma chronique.

Discussion : L'intoxication par la méthadone est responsable d'une triade classique: myosis, dépression respiratoire et troubles de la conscience. Le symptôme le plus grave est la dépression respiratoire. Les modifications pupillaires seraient corrélées aux taux plasmatiques de méthadone. Les troubles de la conscience varient de la simple somnolence au coma profond. Le diagnostic repose sur la mise en évidence du produit dans les urines Dans notre cas, les lésions ischémiques peuvent être en rapport avec l'hypo perfusion cérébrale mais aussi avec les lésions toxiques. L'hypoglycémie n'a pas été signalée dans la littérature. Le mécanisme exact est inconnu mais peut être liée à l'action des récepteurs opioïdes dans le système nerveux central et le pancréas. Le traitement repose sur une prise en charge symptomatique et antidotique. L'antidote spécifique de la méthadone est la naloxone.

Conclusion : L'intoxication à la méthadone peut être grave et entrainer des séquelles neurologiques. Le diagnostic repose sur la triade classique : myosis, dépression respiratoire et troubles de la conscience. Les effets de la méthadone sont antagonisés par la naloxone.

P. 196. Le syndrome malin des neuroleptiques: cas particulier des formes frontières.

Auteurs : E. Ennouri1, A. Khedher1, A. Zelfani, W. Zarrougui1, N. Sma1, N. Fraj1, M. Boussarsar1,2

Service et Hôpital : *1Farhat Hached University Hospital, Medical Intensive Care Unit, Sousse, Tunisia, 2Ibn Al Jazzar Faculty of Medicine, Research Laboratory N° LR14ES05 Interactions of the Cardiopulmonary System, Sousse, Tunisia*

Introduction : Le syndrome malin des neuroleptiques est rarement observé au regard de l'utilisation actuelle très large des neuroleptiques. Il s'agit d'un motif d'admission peu fréquent en réanimation pouvant engager le pronostic vital dans ses formes les plus graves.Objectifs : Décrire les particularités épidémiologiques et cliniques des formes frontières de ce syndrome dans un service de réanimation médicale du centre tunisien.

Méthodes : Etude rétrospective descriptive, analysant les dossiers des malades pris en charge au service de réanimation médicale au CHU Farhat Hached, Sousse pour syndrome malin des neuroleptiques depuis 2009 à 2017. Ont été analysés les caractéristiques socio démographiques, cliniques, para cliniques, thérapeutiques et évolutives.

Résultats : Parmi un total de 2700 patients admis pendant les 9 années d'étude, 11(0.4%) ont été inclus. Les ¾ des patients ont un âge compris entre 16 et 40 ans avec une prédominance masculine. 8/11 étaient suivis pour schizophrénie. L'halopéridol et le chlorpromazine sont les médicaments les plus incriminés. L'introduction récente d'un neuroleptique représente la circonstance de survenue chez 5 /11 patients. Le tableau clinique initial a associé une fièvre <39°C chez 9/11 malades. Le syndrome extrapyramidal était objectivé chez seulement 7 patients. 2/11 et 5/11 avaient respectivement un score de Glasgow < 8 et compris entre 8 et 12/15. 9/11 des patients avaient un taux de créatinine phosphokinase (CPK) <3000UI/l. L'enquête infectieuse notamment l'analyse du LCR ainsi que l'imagerie cérébrale par scanner sont toutes revenues sans anomalies. 5/11 ont nécessité la ventilation mécanique invasive. L'arrêt du traitement incriminé et l'hydratation était la base du traitement chez tous les patients. 7/11 avaient une durée de séjour ≤7 jours. Le décès est survenu chez 2 patients qui correspondent aux malades qui avaient une température > 40° à l'admission.

Conclusion et commentaire: Ce rapport de 11 cas de syndromes malins de neuroleptiques fait état d'une présentation frontière caractérisée par le caractère frustes des signes cardinaux, notamment l'hyperthermie, la rigidité, les troubles de la conscience et la rhabdomyolyse.

P. 197. Intoxication par les digitaliques au service des urgences à propos de 10 cas

Auteurs : A.Mahmoudi, Z.Mezgar, I.Missaoui, M.Khaldi, A.Lazreg, M.Methamem

Service et Hôpital : *Service Des Urgences Hôpital Farhat Hached*

Introduction : Utilisée dans le traitement de la fibrillation auriculaire et de l'insuffisance cardiaque, la digoxine peut être la cause d'intoxications sévères.Il peut s'agir dune intoxication aigue ou, le plus communément, d'un surdosage au cours d'un traitement chronique.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective faite aux urgences Farhat Hached à sousse à propos de 13 patients ayant eu un dosage de digoxine au cours de la période étendue du mois d'octobre 2016 au mois de Mars 2017. Le recueil de donnée a inclus : les caractéristiques épidémiologiques des patients, les données de l'examen clinique le dosage de la digoxinémie et les différents aspects électriques rencontrés ainsi que le devenir de chaque patient de la population étudiée. Notre population avait une moyenne d'âge de 81.5 ans avec une nette

prédominance féminine 84,6% . 61% (8) avaient une cardiopathie rythmique dont 7 étaient au stade d'insuffisance cardiaque. Cinq patients avaient un insuffisance rénale chronique. Dans 38% des cas les examens biologiques montrait une hyperkaliémie menaçante avec des signes électriques. L'étude électro cardiographique a montré une bradycardie sinusale dans 38% des cas, des signes d'imprégnation digitalique (cupule digitalique) dans 30.1% des cas, un élargissement de QRS dans 3 cas et un ECG est revenu normal.

Discussion : L'intoxication par les digitaliques est une pathologie qui est souvent rencontré dans la pratique courante des urgences, et devant le vieillissement de la population elle doit être prise au sérieux. La difficulté diagnostique réside dans le faite qu'elle peut se traduire par n'importe quel tableau clinique sachant que le plus souvent il s'agit de patient multitaré il faut devant toute suspicion faire un dosage de la digoxinémie afin de confirmer ou infirmer le diagnostic

Conclusion : L'intoxication par les digitaliques est une intoxication grave et devant une forte suspicion clinique il faut commencer les mesures thérapeutique le plus rapidement possible.

P. 198. Place du Propofol dans le traitement des myoclonies au cours des intoxications au chloralose

Auteurs : N.Foudhaili*, A.M'rad, M.Fatnassi, M.Bachrouch, T.Khzouri, S.Ben Hamida, N.Brahmi
Service et Hôpital : *Service de réanimation polyvalente et de toxicologie, Centre Mahmoud Yaâoub d'assistance médicale urgente de Tunis*

Introduction : Les benzodiazépines constituent le traitement de première ligne des myoclonies induites par les intoxications au chloralose. Le but de ce travail est d'étudier l'efficacité et la tolérance du propofol utilisé comme alternative aux benzodiazépines.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude prospective et comparative incluant les patients hospitalisés pour intoxication aiguë au chloralose symptomatique de coma et de myoclonies. N'ont pas été inclus les enfants, les sujets âgés ainsi que les insuffisants rénaux et hépatiques. Les patients ont été randomisés en simple aveugle en deux groupes: le premier groupe était constitué par les patients mis sous midazolam et rémifentanil (groupe MR); et le deuxième groupe comportait les patients recevant propofol et rémifentanil (groupe PR). La sédation a été administrée en suivant un protocole d'adaptation de doses et évaluée selon l'échelle RASS. Le critère de jugement principal était la durée de séjour en réanimation et les critères de jugement secondaire étaient la durée de sédation et de sevrage de la sédation, la durée de ventilation mécanique et de sevrage de la ventilation mécanique, l'incidence des complications hémodynamiques, respiratoires et neuropsychiatriques ainsi que le niveau de satisfaction du personnel.

Résultats : Le groupe PR comportait 7 patients et le groupe MR comprenait 12 patients. Les caractéristiques démographiques (âge, sexe, antécédents pathologiques) ainsi que la gravité initiale étaient similaires entre les deux groupes. Aucune différence significative n'a été constatée en terme de durée médiane de séjour (43h pour le groupe PR vs 38h pour le groupe MR, p=0,780), de durée médiane de sédation (18h pour le groupe PR vs 12h pour le groupe MR, p=0,079), de sevrage de la sédation (4 min pour le groupe PR vs 6 min pour le groupe MR, p=0,447), de ventilation mécanique (18h pour le groupe PR vs 13h pour le groupe MR, p=0,182), de sevrage de la ventilation mécanique (10 min pour le groupe PR vs 11 min pour le groupe MR, p=0,065). La tolérance hémodynamique, l'incidence des complications respiratoires (Pneumopathie d'inhalation, PAVM, SDRA) et neuropsychiatriques (delirium de réanimation, syndrome de sevrage, état de stress post-taumatique) ainsi que le niveau de satisfaction du personnel étaient également comparables entre les deux groupes.

Conclusion : Le propofol de première intention comme traitement des mycolonies induites par l'intoxication au chloralose est sure et efficace lorsque son utilisation est protocolisée. Il est particulièrement intéressant dans les situations exposant à un grand risque d'accumulation de benzodiazépines (obésité, sujets âgés, insuffisants rénaux et hépatiques).

P. 199. Etude de la mortalité chez les patients admis pour intoxication aiguë grave (IAG)

Auteurs : N.Foudhaili*, M.Bachrouch, A.M'rad, T.Khzouri, M.Bargouth, S.Ben Hamida, N.Brahmi
Service et Hôpital : *Service de réanimation polyvalente et de toxicologie, Centre Mahmoud Yaâcoub d'assistance médicale urgente de Tunis*

Introduction : La mortalité en toxicologie est très peu évaluée dans la littérature. Les patients admis en réanimation pour intoxication aiguë grave (IAG) constituent généralement une population jeune non tarée contrastant avec une évolution parfois très rapidement défavorable. Le but de ce travail est d'étudier l'épidémiologie des décès induits par les IAG ainsi que la performance des scores de gravité classiques (IGS II, APACHEII) dans l'estimation de la mortalité chez ces malades.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive menée sur 10 ans incluant tous les patients décédés suite à une IAG.

Résultats : Au cours des 10 ans, 123 décès ont été recensés sur un total de 11250 intoxications, ce qui correspond à une mortalité globale de 1%. La population était constituée de sujets essentiellement jeunes ayant un âge médian de 34 ans [22; 50] et non tarés (8% d'antécédents organiques) avec une distribution équilibrée selon le sexe (63 hommes et 60 femmes). Il s'agissait d'une poly-intoxication dans 13% des cas et d'une intoxication médicamenteuse dans 91% des cas. Les toxiques les plus incriminés étaient les organophorphorés (n=22, 18%), les psychotropes (n=19, 16%), les cardiotropes (n=10, 8%) et le monoxyde de carbone (n=7, 6%). L'IGS II médian était de 44 [36; 57] et l'APACHE II médian de 16 [11; 17]. Le délai médian d'hospitalisation était de 5 heures [2; 7,5]. Le délai médian de survenue de décès était de 2,5 jours [1; 10] avec un taux de mortalité de 6% dans les 24 premières heures et de 50% dans les 48 premières heures. Les décès précoces durant les 48 premières heures étaient en rapport avec une défaillance hémodynamique ou respiratoire alors que les décès tardifs au-delà de 48 heures étaient liés aux infections et aux complications de réanimation. Les principales causes de décès étaient un état de choc réfractaire (n=64, 52%) essentiellement cardiogénique, un syndrome de détresse respiratoire aigüe (n=24, 20%), un syndrome de défaillance multiviscérale (n=24, 20%) et un trouble du rythme grave (n=11, 8%). La mortalité la plus élevée était observée avec les organophosphorées (7%) suivie des bétabloquants (3%) et du monoxyde de carbone (2%). La mortalité estimée selon l'IGSII et l'APACHE II parait plus faible par rapport à la mortalité réelle (mortalité prédite selon l'IGS II =32,6%, et celle prédite selon l'APACHE II =23,5%)

Conclusion : Le taux de mortalité liée aux intoxications aiguës graves reste élevé et relativement stable au cours du temps malgré les avancées thérapeutiques. Les scores de gravité classiques ne semblent pas être bien adaptés à la pathologie toxique.

P. 200. Le suivi biologique du taux de l'activite cholinesterasique comme moyen d'evaluation pronostic suite à une intoxication aux organophosphores

Auteurs : S.Belil*, O.Turki, S.Bradai, K.Chtara, H.Chelly, C.Ben Hmida, M.Bouaziz
Service et Hôpital : *Réanimation Médicale. CHU Habib Bourguiba. Sfax*

Introduction : Les Organophosphorés (OP) sont des toxiques létaux dont le mécanisme d'action principal est de bloquer la dégradation de l'acétylcholine au niveau des synapses cholinergiques suit à une inhibition irréversible des cholinestérases.

Observation : Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 17ans, qui a été admis dans un tableau de détresse neurologique et détresse respiratoire suite à une ingestion d'un pesticide de type OP. L'examen a montré un patient comateux (GCS= 7) avec des trémulations, les pupilles en myosis serrés. Sur le plan respiratoire, il était polypnéique avec une hypersécretion bronchique, une déssaturation (SpO2=68%). Par ailleurs, il était stable sur le plan hémodynamique. La ventilation invasive a été indiquée devant la gravité du tableau neurologique et respiratoire. Cette gravite s'est confirmé à la biologie par une acidose respiratoire avec un pH=7.22 et une activité cholinéstérasique globulaire initiale effondrée (0.678UI/L). L'évolution a été marquée par l'amélioration sur le plan neurologique avec un réveil progressif concomitant à une augmentation progressive du taux de l'activité cholinéstérasique sérique et globulaire (dosée à 5 reprises).

Conclusion: Certes l'évaluation clinique est primordiale pour juger de l'amélioration d'un patient intoxiqué aux OP. Mais aussi la variation des paramètres biologiques, en particulier le taux de l'activité cholinestérasique constitue un intérêt aussi bien diagnostic que pronostic.

P. 201. Les envenimations viperines : Etude épidemiologique aux urgences du CAMU

Auteurs : 1Mahdhaoui.S* En collaboration avec : 1E.Mannai, 1S.Issaoui, 1N.Jaoua, 1H.Thabet 2A.Mrad, 2N.Foudhaili, 2M.Barghouth, 2O.Mejri, 2N.Brahmi

Service et Hôpital : *1Service des Urgences Médicales et Toxicologiques Centre d'assistance médicale urgente- Tunis 2Service de Réanimation Médicale Polyvalente et Toxicologique Centre d'assistance médicale urgente-Tunis*

Introduction : Parmi les intoxications par les animaux, les envenimations vipérines demeurent la deuxième cause de consultation aux urgences après les piqures de scorpion. Le tableau clinique est très variable allant d'une simple lésion localisée à une défaillance multiviscérale pouvant mettre en jeu le pronostic vital. L'objectif de ce travail est d'étudier le profil épidémiologique, clinique, thérapeutique et évolutif des envenimations vipérines.

Patients et Méthodes : Etude rétrospective, menée sur une période de 12 mois allant de Janvier à Décembre 2016 et incluant tous les patients qui ont consulté les urgences du CAMU pour envenimation vipérines. Les données épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques ont été collectées.

Résultats : Au cours de la période d'étude, 42 patients ont été inclus (sexe ratio=2,81). L'âge moyen était de 35±19 ans avec des extrêmes de 15 et 94 ans. Les patients ont consulté durant la période estivale dans 79% des cas (n=33). Quatre-vingt-un pourcent des patients étaient originaires des gouvernorats du grand Tunis et 14% des gouvernorats du Nord-ouest. Le délai médian de consultation était de 7 h [2 ; 14] h. Le siège de la morsure se situait au niveau du pied dans 78% des cas (n=32) et au niveau des mains dans 22% des cas (n=9). Chez (95%) des cas les lésions étaient uniques. Les manifestations cliniques étaient représentées par des douleurs dans 62% des cas, un œdème dans (38%), un érythème dans 36% des cas. Une nécrose, une lésion purulente et une trainée ecchymotique étaient observées chacune dans un cas. Parmi nos patients 4 ont fait usage de scarifications et 3 ont utilisé un garrot. Le vaccin anti tétanique était prescrit pour 50% des patients. Un traitement antalgique était nécessaire chez 45% des patients (n=19). Une antibiothérapie prophylactique à base d'amoxicilline-Ac clavulanique était prescrite chez 17% des patients (n=7), une héparinothérapie préventive chez un patient. Aucun malade n'a reçu le sérum anti vipérin aux urgences. L'hospitalisation été jugée nécessaire pour 6 patients pour des lésions grade 4.

Conclusion : L'envenimation vipérine touche surtout le sujet jeune du sexe masculin. Elle est plus fréquente pendant l'été. Les manifestations cliniques sont dominées par les signes locaux. Le traitement est surtout symptomatique. Le sérum anti vipérin n'est pas systématique et réservé aux cas d'envenimations graves.

P. 202. Intoxication au laurier rose et troubles conductifs cardiaques : A propos d'un cas.

Auteurs: S.Mahdhaoui*1, A.Mrad1, T.Khzouri1, N.Foudhaili1, M.Bachrouch1, N.Brahmi 2, M.Gammoudi2, M.Barghouth2, W.Bahria2, E.Mannai2, Thabet.H2.

Service et Hôpital: *1 : Service de Réanimation Médicale Polyvalente et Toxicologique Centre d'assistance médicale urgente-Tunis. 2 :Service des Urgences Médicales et Toxicologiques Centre d'assistance médicale urgente- Tunis*

Introduction : Le laurier rose ou Nerium oleander est une plante sauvage qui renferme dans toutes ces parties des hétérosides digitaliques cardiotoxiques (oléandrine, folinérine, digitalosides). L'intoxication aiguë est rare et souvent accidentelle par confusion avec le Laurier sauce. Nous rapportant le cas d'une intoxication par le Laurier rose compliquée d'un trouble conductif.

Observation : Une femme de 56 ans, sans antécédents pathologiques a été ramenée aux urgences pour céphalées, épigastralgies et des vomissements survenus deux heures après l'ingestion accidentelle d'une tisane à base de Laurier rose. L'examen initial trouvait une patiente consciente, une fréquence cardiaque à 51 bpm et une pression artérielle à 140/90 mmHg. Le reste d'examen était sans particularité. L'ECG initial montrait une bradycardie sinusale irrégulière à 50 cyc/mn qui s'est accélérée spontanément. La patiente était admise en réanimation. L'évolution était marquée par la récidive de la bradycardie sinusale irrégulière à deux reprises avec une fréquence cardiaque respectivement de 35 et 40 bpm à H9 et H13 post ingestion ayant cédée après l'administration de 0,5 mg d'atropine. L'évolution ultérieure était favorable avec retour à un rythme régulier sinusal. Patiente mise sortante à H30 de l'ingestion.

Conclusion : L'intoxication au Laurier Rose mime l'intoxication aux digitaliques. Elle est potentiellement grave par le biais des troubles du rythme et de la conduction. Elle ne doit jamais être sous-estimée et nécessite une hospitalisation et une surveillance rapproché pendant au moins 3 jours.

P. 203. Etude de satisfaction télèphonique aupres des medecins ayant contactes le centre antipoison de Tunis

Auteurs : Dr1Mahdhaoui.S* En collaboration avec : 1E.Mannai, 1S.Issaoui, 1N.Jaoua, 2N.Kouraichi, 1H.Thabet

Service et Hôpital : *1Service des Urgences Médicales et Toxicologiques Centre d'assistance médicale urgente- Tunis 2Service de réanimation médicale Hôpital régional de Ben Arous*

Introduction : Le centre antipoison (CAP) a pour principale mission l'information téléphonique toxicologique en urgence pour le public et les professionnels de santé.

Objectif : Etudier le degré de satisfaction des médecins ayant contactés le CAP de Tunis

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, menée sur un an du 01/01/2016 jusqu'au 31/12/2016 incluant tous les appels téléphoniques des médecins reçu sur le 71 33 55 00, le numéro du CAP de Tunis, 24h/24, 7jours/7. Chaque médecin était tenu à répondre à un questionnaire simple pour évaluer la satisfaction auprès du CAP de Tunis. Une étude descriptive a été réalisée.

Résultats : Le CAP a reçu 1105 appels téléphoniques pendant la période d'étude. L'activité maximale du CAP était pendant le mois de Mai et juillet avec un pic entre 10 H et 14H. 21% des appels étaient de grand Tunis. L'âge moyen des patients était de 15 ans (de 3jours à 87ans). L'âge moyen pour les enfants était de 3,8ans [3js-14ans], pour les adultes il était de 27ans [16 ;87]. Le sexe ratio=1,12(H/F). On note une prédominance masculine chez les enfants avec un sexe ratio=1,91 (H/F). 59,1% étaient des accidents domestiques alors que 36,5% étaient des intoxications volontaires. Les intoxications médicamenteuses étaient de 69,13% dont 95% étaient mono- médicamenteuses. L'intoxication par des pesticides représente 10,1% des appels et 13% des appels pour l'ingestion des produits caustiques. La voix orale était prédominante (93,85%).59%des patients étaient asymptomatiques lors d'appel. 37% ont appelé le CAP dans l'heure qui a suivi l'intoxication. Parmi les 386 médecins qui ont appelé le CAP, 128 médecins ont participé au questionnaire. 62% des médecins ont noté qu'ils ont eu une réponse téléphonique après plusieurs tentatives, 20% ils n'ont pas eu de réponse et 18%ils ont eu une réponse dès le premier appel. Le pourcentage des médecins qui ont fait une recherche sur le produit toxique avant d'appeler le centre du CAP était de 58% dont 96% ont affirmé que l'appel du CAP leurs a ajouté un plus par rapport à leurs recherche. La conduite à tenir était claire pour 76% des médecins. Le degré de satisfaction était variable ; 10.5% étaient très satisfait, 54.7% étaient satisfait, 14,7%étaient plus tôt satisfait et 9.5% n'étaient pas satisfait du tout.

Conclusion : Le CAP joue un rôle essentiel en matière de toxicologie il doit être renforcé par des moyens logistiques pour améliorer la qualité de la réponse téléphonique.

P. 204. Syndrome de takutsubo compliquant une intoxication grave au CO : A propos d'un cas

Auteurs : 1 S.Mahdhaoui*, 1A.Mrad, 1M.Fatnassi, 1N.Foudhaili, 1M.Bachrouch, 1Brahmi.N 2M.Barghouth 2E.Mannai, 2 S.Issaoui, 2N.Jaoua, 2Thabet.H

Service et Hôpital : *1Service de Réanimation Médicale Polyvalente et Toxicologique Centre d'assistance médicale urgente-Tunis 2Service des Urgences Médicales et Toxicologiques Centre d'assistance médicale urgente- Tunis*

Introduction : L'intoxication grave au monoxyde de carbone (CO) met en jeu le pronostic vital par ses complications neurologiques et cardio-vasculaires. Parmi les complications cardiaques, la myocardite et le syndrome coronarien aigu sont les plus fréquemment décrits dans la littérature. Nous rapportons le cas d'une intoxication grave au CO compliquée d'un syndrome de TakuTsubo.

Observation : Patiente âgée de 28 ans, sans antécédents pathologiques notables hospitalisée en réanimation suite à une intoxication grave au CO symptomatique de céphalées et flou visuel suivis de convulsions tonico-cloniques généralisées et de coma. L'examen initial a trouvé une patiente comateuse avec un Glasgaw Scale Score (GSC)=4, des pupilles en position intermédiaires réactives. Le taux d'HBCO fait à H7 post exposition était de 27,5%. L'ECG initial a objectivé une tachycardie sinusale à 150 bpm sans troubles de la repolarisation ni de la conduction. La conduite thérapeutique a consisté en une intubation et de ventilation mécanique, avec recours à une séance d'oxygénothérapie hyperbare. L'évolution a été marquée par la survenue d'un OAP, avec des troponines hypersensibles à 5018 pg/ml. L'ECG de contrôle a mis en évidence des troubles de la repolarisation à type d'ondes T négatives en apicolatéral. Devant ce tableau clinique, une échographie cardiaque a été réalisée et revenue sans anomalies. Une coronographie a été pratiquée en urgence et a éliminée toutes atteintes coronaires. La patiente a bénéficié d'une IRM cardiaque qui a mis en évidence une hypo kinésie de la région apicale du ventricule gauche surtout au niveau du septum

interventriculare, un aspect en faveur d'un TakuTsubo. L'évolution était favorable, la patiente a été extubée à J2 de l'admission sans séquelles neurologiques avec normalisation spontanée de l'ECG et des troponines au bout de 4 jours.

Conclusion : Les complications cardiaques habituellement décrite au cours de l'intoxication aiguë aux CO sont la myocardite et le spasme coronaire. La survenue d'un syndrome de Tako-tsubo quoi que très rare, reste possible.

P. 205. Corrélation entre la digoxinémie et les anomalies électriques au cours de l'intoxication aux digitaliques : à propos d'un cas.

Auteurs: A. MRAD, M. BACHROUCH, M. BARGHOUTH, N. FOUDHAILI, M. FATNASSI, T. KHZOURI, S. MAHDHAOUI, S. BEN HMIDA, N. BRAHMI
Service et Hôpital : *CAMU service de réanimation médicale*

Introduction : L'intoxication aux digitaliques quoique rare est greffée d'une lourde mortalité secondaire aux troubles de la conduction intra cardiaques. Nous rapportons le cas d'une intoxication aiguë à la Digoxine compliquée de troubles conductifs dont la sévérité est relative aux taux plasmatiques de Digoxine (digoxinémie).

Observation : Patiente âgée de 24 ans sans antécédents pathologiques notables qui a ingéré dans un but d'autolyse 30 comprimés de Digoxine 0,25mg soit 7,5 mg. A H1 post ingestion, Elle a développé des vomissements et des palpitations. L'examen aux urgences à H2 post ingestion était strictement normal avec à l'ECG un rythme régulier sinusal à 72 bpm et une cupule digitalique. Elle a été admise en unité de surveillance continue. L'évolution a été marquée par l'apparition de troubles de la conduction cardiaque dont la sévérité était dépendante de la digoxinémie (tableau 1).

TABLEAU 1. CORRÉLATION ENTRE LA DIGOXINÉMIE ET LES TROUBLES DE LA CONDUCTION.

Temps après ingestion (h)	H1 0	H 15	H 108
Digoxinémie (ng/ml)	4,93	3,61	0,46
Anomalies électrcardiographiques	BAV 2ème degré (FC=85 bpm)	BAV 1erdegré (FC=90 bpm)	Disparition des troubles conductifs, persistance de la cupule digitalique

La patiente a bénéficié d'une décontamination digestive par du charbon activé. Les troubles des conductions n'ont pas nécessité de traitement particulier. L'évolution était favorable et la patiente a été mise sortante à H 108 post ingestion.

Conclusion : La digoxinémie semble corrélée à la gravité de l'intoxication par la digoxine, cependant une susceptibilité individuelle est décrite dans la littérature.

P. 206. Complications métaboliques des intoxications aiguës aux sulfamides hypoglycémiants

Auteurs : A. MRAD, M. BACHROUCH, N. FOUDHAILI, M. BARGHOUTH, M. FATNASSI, T. KHZOURI, S. MAHDHAOUI, S. BEN HMIDA, N. BRAHMI
Service et Hôpital : *CAMU service de réanimation médicale*

Introduction: l'intoxication aiguë par les sulfamides hypoglycémiants est en nette augmentation dans notre pays de fait d'une large utilisation au cour du traitement du diabète de type II et ce en raison de leur effet stimulant de l'insuline résiduelle. La complication la plus connue et la plus redoutée étant l'hypoglycémie; néanmoins d'autres anomalies électrolytiques comme l'hypokaliémie, l'hypophosphorémie et d'hypomagnésémie peuvent être observées. L'objectif principal de ce travail était de déterminer la fréquence de ces différentes anomalies électrolytiques.

Méthodes: Etude rétrospective réalisée sur une période de 42 mois, étalée entre Janvier 2014 et Juin 2017 et incluant tous les patients hospitalisés pour intoxication aiguë aux sulfamides hypoglycémiants, retenue sur les données de l'interrogatoire.

Résultats: Durant la période d'étude, 53 patients ont été colligés,14 hommes et 39 femmes (sex-ratio=0,35). L'âge moyen était de 25,87±10 ans. L'intoxication était volontaire dans tous les cas. Neuf patients étaient diabétiques et ont ingéré leur propre traitement. Le Glibenclamide était majoritairement impliqué (n=43) suivi du Glimépride (n=8), du Gliclazide (n=1) et du Répaglinide (n=1). L'intoxication était polymédicamenteuse dans 83% des cas (n=44). Les médicaments les plus fréquemment associés étaient la métformine dans 12 cas et le paracétamol dans 6 cas. L'hypoglycémie était notée dans 77,4% des cas (n=41) avec un délai moyen d'apparition de 6,25±14heures. La symptomatologie clinique était dominée par des signes neurologiques à type de vertige (n=9), de tremblements (n=6), de céphalées (n=3), de flou visuel (n=2), de coma (n=2) et une confusion dans un cas. Neuf patients avaient présenté une tachycardie et huit des sueurs froides. Des signes digestifs à type de nausées et vomissements étaient

présents dans 12 cas. Un dosage sanguin du potassium a été réalisé dans tous les cas et a révélé la présence d'une hypokaliémie dans 58,5% des cas (n=31) avec des valeurs entre 2,5 mmol/l et 3,45 mmol/l. Le dosage sanguin du phosphore n'a été pratiqué que chez 17 patients. Parmi eux, une hypophosphorémie a été notée chez 5 patients variant entre 0,38 et 0,76 mmol/l. En cas d'hypoglycémie, le traitement consistait en un apport d'hydrate de carbone par voie intraveineuse. La quantité moyenne d'hydrate de carbone administrée par voie intraveineuse était de 300±130,78 grammes. L'hypokaliémie et l'hypophosphorémie ont été corrigées par une supplémentation intraveineuse de potassium et de phosphore. L'étude analytique n'avait pas montré de corrélation entre la survenue d'hypoglycémie et les autres anomalies électrolytiques à savoir l'hypokalémie (p=0,513) et l'hypophosphorémie (p=0,825). L'évolution était favorable dans tous les cas. La durée moyenne d'hospitalisation était de 30±8 heures.

Conclusion ; Le risque principal de l'intoxication aigue aux sulfamides hypoglycémiants reste la survenue d'une hypoglycémie. D'autres anomalies métaboliques en particulier l'hypokaliémie et l''hypophosphatémie sont relativement fréquentes et sont à rechercher et à corriger systématiquement.

P. 207. Intoxication à l'acetate de flecainide : Etude descriptive à travers une serie hospitaliere

Auteurs : A.Mrad, T.Khzouri, M.Fatnassi*, M.Barghouth, N.Foudhaili, M.Bachrouch, S.Mahdhaoui, N Brahmi
Service et Hôpital : *Service de réanimation médicale Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale urgente*

Introduction : L'acétate de flécaïnide est un anti-rythmique de classe IC utilisé principalement dans le traitement des arythmies supraventriculaires. Les intoxications à cette molécule sont rares mais sont souvent graves. Le but de notre étude était de déceler les caractéristiques épidémiologiques, cliniques thérapeutiques et évolutives de ces intoxications.

Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective sur 153 mois allant du 1er Janvier 2005 au 30 septembre 2017 dans le service de réanimation polyvalente et toxicologique du centre Mahmoud Yaacoub d'Assistance Médicale Urgente incluant tous les patients qui ont été admis pour intoxication aiguë à la flécainide.

Résultats : Nous avons colligé durant la période d'étude sept patients de sexe féminin d'âge moyen 18±3 ans [14,23] sans antécédents psychiatriques connus. Une seule patiente était sous flécainide pour une tachycardie jonctionnelle. Toutes les intoxications étaient volontaires dans un but d'autolyse. La dose supposée ingérée moyenne était de 1200±993 mg [200,3000]. Le délai moyen de consultation était de 4±3 heures [2,10]. Aucune patiente n'a eu de lavage gastrique ni d'administration de charbon activé. A l'admission, le score de Glasgow était en moyenne à 14±1 [13,15]. Deux patientes ont présenté une hypotension avec une moyenne de pression artérielle moyenne à 50±5 mmHg pour laquelle la noradrénaline a été requise, 2 patientes avaient un effet stabilisant de membrane pour lequel le bicarbonate semi-molaire a été administré. Un bloc auriculo-ventriculaire était noté chez 2 patients. Le taux moyen de lactates était à 1,8±2 mmol/L. Un seul patient a été intubé devant l'altération hémodynamique. Tous les patients ont survécu avec une durée moyenne d'hospitalisation à 60±12 heures [48,72].

Conclusion : Malgré leur rareté, les intoxications à la flécainide sont potentiellement graves par les complications cardio-vasculaires qu'elles peuvent engendrer. Notre étude a montré qu'une prise en charge précoce et adéquate peut améliorer le pronostic.

P. 208. Incidence du syndrome de brugada au cours des intoxications aiguës

Auteurs : A.Mrad, T.Khzouri, N.Foudhaili*, M.Fatnassi, M.Barghouth, M.Bachrouch, S.Mahdhaoui, N Brahmi
Service et Hôpital : *Service de réanimation médicale, Centre Mahmoud Yaacoub d'assistance médicale urgente*

Introduction : Le syndrome de Brugada est une maladie génétique rare, décrite pour la première fois en 1992 par les frères Brugada connue comme étant une cause importante de mort subite en raison de la fibrillation ventriculaire. L'association entre ce syndrome et certaines intoxications a fait l'objet de plusieurs publications dans lesquelles les produits les plus fréquemment rapportés sont les antidépresseurs tricycliques(ADT), le lithium, le propofol, les antihistaminiques, la cocaïne, les IA et IC et certaines plantes. Le but de l'étude était de déterminer la prévalence du profil électrocardiographique de brugada et les profils épidémiologiques, cliniques et pronostiques de son apparition chez les patients admis pour intoxication aigue.

Méthodes : Nous avons étudié rétrospectivement tous les cas de patients admis dans notre unité de soins intensifs pour intoxication aiguë du 01 janvier 2013 au 14 octobre 2017 en incluant tous les patients présentant des signes électrocardiographiques compatibles avec le syndrome de Brugada de type 1 quelle que soit la substance toxique ingérée.

Résultats : Quatorze patients d'âge moyen de 26 ans, avaient développé un syndrome de brugada à l'ECG. Il y avait une prédominance féminine avec un sexe ratio à 0,4. Cinq patients soit 35,7% avaient des antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires dont 4 de mort subite. Les Toxiques incriminés étaient les ADT seules ou en association (n=6, 43%) suivi du chloralose (n=3), du monoxide d'azote (n=2), de l'association benzodiazépines à d'autres médicaments (n=2) et l'acébutolol (n=1). La dose supposée ingérée étaient supérieure à la dose toxique dans 64% des cas. Les principales anomalies cardiovasculaires associées au syndrome de Brugada étaient l'hypotension artérielle dans 2 cas, l'hypertension chez un patient hypertendu, la tachycardie dans 4 cas, la bradycardie à 50 bpm dans un cas, l'allongement de l'intervalle QT chez 3 patients et une insuffisance cardiaque aiguë gauche chez un patient admis pour une intoxication au chloralose et dont l'hospitalisation a été compliquée d'un infarctus du myocarde antérieur. Le recours à la ventilation mécanique était nécessaire chez 9 patients. Cinq patients ont reçu du bicarbonate de sodium semi-molaire. L'évolution a été favorable pour 13 patients avec une durée moyenne de séjour de 3 ± 1 jours. Les signes électriques du syndrome de Brugada de type 1 ont disparu chez 6 patients ayant ingéré des antidépresseurs tricycliques et l'acébutolol et ont persisté chez 7 autres (50%). Le seul patient décédé était à la suite d'une fibrillation ventriculaire compliquant un IDM antérieur.

Conclusion : Le syndrome de Brugada est fréquemment associé aux intoxications aux antidépresseurs tricycliques avec une évolution favorable dans tous les cas. Ces résultats sont similaires à ceux rapportés dans la littérature. Quant à l'association entre le syndrome de Brugada et l'intoxication au chloralose et au Monoxyde d'azote, elle n'a pas été traitée auparavant dans la littérature. L'hypothèse la plus probable est qu'un syndrome de Brugada préexistant a été démasqué par l'intoxication.

P. 209. Neurological vasospasm related to carbon monoxide poisoning: study of two cases

Auteurs: A.Ben Jazia*, A.Mrad, O.Mejri, A.Ben Abderrahim, N.Brahmi
Service et Hôpital : *Centre d'Assistance Médicale Urgente CAMU*

Carbon monoxide intoxication remains one of the most prevalent cause of death. The central nervous and cardiovascular systems are most susceptible to hypoxia associated with carbon monoxide (CO) poisoning, and neurologic sequelae are among the most common problems that occur after exposure to carbon monoxide. We herein report the case of two unsual complications of CO intoxication in patients who were successfully treated.

CASE REPORT 1: A 32-year-old man was exposed to CO from a heater at home. He was found by his colleagues and taken to the emergency department of our hospital. On examination, the patient was found to be unconscious, with a Glasgow Coma Scale (GCS) score of 5. He also had respiratory insufficiency. Carboxyhaemoglobin level was 9%. Initial treatment included endotracheal intubation, mechanical ventilation, and 1st hyperbaric oxygen (HBO) session. The second session of (HBO) was done before 24 hours. Laboratory test results showed elevated white blood cell count, rhabdomyolysis with a CPK level at 1800 U/L. Lactate level at 1.42 mmol/l. Electrocardiography showed normal sinus rhythm. During ICU stay, he developped neuromyopathy causing an unsuccessful withdrawal of mechanical ventilation which evoluted favorably. The patient kept neurologic abnormalities such as loss of memory (amnesia), disorder of the sphincter. MR imaging of the brain on day 27 showed hyper signal T2 flair, hyposignal T1 of the head of the caudate nucleus in relation to CO poisoning. Elsewhere in the arterial MR Angiography of yhe circle of Willis showed a tight stenosis of the segment of right sylvien artery. Auditory and visual evoked potentials were normal. The patient was discharged on day 36 of hospitalisation. Follow-up at the neurology clinic showed that complications resolved in 3 months after the CO exposure and the last MR imaging done in 15 March 2017 showed bilateral and symetrical signal anomalies in hyper T2 and flair bipallidal and of the white substance under cortical of the semi-oval centers in relation to sequelae of carbon monoxide poisoning. Absence of stenosis of Willis pollygone arteries.

CASE REPORT 2 : Patient M. F aged of 16 years, with a history of epilepsy transferred on 15/12/2016 through the Emergency medical assistance for severe acute intoxication complicated with coma, seizures. The patient was inconscious: GCS at 7/15 with tonic movements of members. Carboxyhaemoglobin level was 29.3% before Hyper baric Oxygen. The patient was treated in the intensive care unit. Initial treatment included endotracheal intubation, mechanical ventilation, and a first hyperbaric oxygen (HBO). The second session of (HBO) was done before 24 hours.

Laboratory test results showed elevated white blood cell count, CPK level at 788 U/L, LDH at 254UI/L. Lactate level at 2.92mmol/L. Electrocardiography showed normal sinus rhythm. After the first session of (HBO) the patient was extubated.The physical exam showed left hemi body hemiparesis, Babinski signs on the left side, fast reflexes on the same side. The deep movig sensitivity was cosrved. Cerebral MR image shows bilateral ischemic injury in the territory of the medial and anterior junctional cerebral artery.The management of the patient consisted in prescribing 6 hyperbaric oxygen sessions with physical therapy (Knee and ankle splints). The patient was discharged on Day 6. Follow-up showed that complications resolved in 3 months: disappearance Of the members deficit, and pyramidal and extra bilateral pyramidal syndrome. The last MR image done in April 2017 was normal.

CONCLUSIONS : Neurologic sequelae of CO intoxication may be more frequent in children and elderly patients, and could be explained by vasospasm. Oxygen therapy should be started as soon as possible, in best by HBO.

P. 210. Les intoxications aiguës aux sels de fer

Auteurs : M. BARGHOUTH*, M. BACHROUCH, M. FATNASSI, N.FOUDHAILI, T. KHZOURI, S. MAHDHAOUI, A. MRAD, N. BRAHMI
Service et Hôpital : *Centre Mahmoud YAAKOUB d'assistance médicale urgente*

Introduction : Les intoxications aiguës au fer sont peu fréquentes mais potentiellement graves parfois mortelles. Une toxicité gastrique est fréquemment observée et peut être expliquée par l'effet corrosif direct du fer sur la muqueuse allant jusqu'à la perforation. Un état de choc vasoplégique avec coagulopathie et une acidose métabolique ont également été rapportés. Peu d'études ont décrit l'aspect de ces intoxications en Tunisie. L'objectif de notre travail est de révéler les manifestations cliniques et biologiques au cours de ces intoxications ainsi que de corréler entre les taux de fer sérique et la sévérité de la symptomatologie.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive menée au centre Mahmoud YAAKOUB d'assistance médicale urgente sur une période de 17 ans allant de janvier 2009 jusqu'au décembre 2016. Les critères d'inclusion étaient l'intoxication au fer symptomatique au moins d'un seul symptôme. Un dosage de fer sérique a été réalisé entre la 4ème et la 6ème heure de l'intoxication et contrôlé après 12 heures. Pour chaque patient nous avons révélé les données cliniques, biologiques, thérapeutiques, et évolutives.

Résultats : vingt patients ont été colligés répartis en 18 femmes et deux hommes. La moyenne d'âge était de 24 ± 9 ans. Un antécédent d'anémie ferriprive traitée par du fer a été noté chez 30% des patients (n=6). Un antécédent psychiatrique a été noté chez 30% des patients (n=6). Une patiente était enceinte à 32 semaines d'aménorrhée lors de son admission. Les deux principales molécules incriminées dans l'intoxication étaient : Le fumarate ferreux qui contient 33% de fer élémentaire et commercialisé en Tunisie sous le nom de FUMAFER. Il a été responsable de 55% des intoxications (n=11). La deuxième molécule était le sulfate ferreux qui contient 20% de fer élémentaire et qui est commercialisé sous le nom de TARDYFERON. Il a été responsable dans notre série de 45% des intoxications (n=9). Le délai moyen de consultation était de 4,2 ± 3 heures. La dose supposée ingérée (DSI) variait de 0,48 à 6,66 (g) avec une moyenne de 2,3 ±1,6 g de fer élémentaire. Soit une moyenne de 37,4 ± 25 mg/kg. Les taux de fer sériques variaient entre 4,4 à 87,2 µmol/l soit une moyenne de 47,1 ± 23 µmol. Sur le plan clinique le maitre symptôme était les épigastralgies constantes chez tous les patients et associées dans 70% des cas (n=14) à des vomissements et dans 10% des cas (n=2) à des diarrhées. Une acidose métabolique compensée a été notée chez trois patients pour des valeurs de fer sériques supérieures à 50 µmol/l. Sur le plan thérapeutique, un lavage gastrique a été effectué chez 4 patients présentant des intoxications massives. Un pansement gastrique a été prescrit chez tous les patients. Un antiémétique en cas de vomissements. Il n'a pas eu recours aux chélateurs de fer. La durée moyenne d'hospitalisation était de 24 ± heures. L'évolution était favorable dans tous les cas.

Conclusion : les intoxications au fer sont fréquentes, de gravité modérée et qui évoluent favorablement lorsque la prise en charge est optimisée.

P. 211. Acquired Methemoglobinemia : A case report

Auteurs : A.Ben Jazia*, O.Mejri, A.Ben Abderrahim, M. Bargouth, A. Mrad, N.Brahmi
Service et Hôpital : *Centre d'Assistance Médicale Urgente CAMU*

Acquired methaemoglobinemia is a rare life threatening condition; It is often linked, in general medicine, to topical anesthetics, dapsone and anti-malarial agents. As illustrated by this case of a patient at our intensive care unit, health professionals must maintain a high level of suspicion of methaemoglobinaemia when the clinical picture includes persistent hypoxia and cyanosis.

Patient S.M aged of 17 years without a history consult the emergencies on 09/11/16 for headache, ringing of the ears abdominal pain with an initial clinical examination without particularities. The patient reports the notion of taking medicines for analgesic. She presents H2 emergency post-intoxication. The interview revealed that the patient had taken; 1.8g of Rulid 150mg, 2.5g of inflamyl250mg, and 2.4g of Flanid 200mg. On 10/11/16 the patient reconsults for the same symptomatology. On physical examination; GCS 15, pupils were in reflective intermediate position. Hemodynamic state was normal; arterial pressure ; 110/70 mmHg, heart frequency; 90 bpm. No anomalies in the pulmonary auscultation. Cyanosis of the lips and the extremities. SpO2 at 86% AA, and 91% under oxygen (10 l/min). The methaemoglobin level was 30.1%. She received 7 ml of methylene blue diluted in 700 ml of physiological saline over 15 min. The evolution was marked by Gradual disappearance of cyanosis after 24 hours with a decrease of the methaemoglobin level (15.2% at H 16, 4.4% at H22, 9.2% at H40 and 2.2 at H72). Secondary, the declare to have ingested 5 tablets of DIASULANE (DAPSONE + IRON OXALATE). He beleive the hospital on day 3 of hospitalization.

Conclusions : As illustrated in this case report, methaemoglobinemia in primary care is a real possibility, especially in the routine use of anesthetics Topical. It is necessary to maintain a high level of suspicion in cases of hypoxia or cyanosis which are refractory to oxygen therapy. Treatment is highly dependent on the degree of methemoglobinemia and the presence or not of symptoms. Methylene blue remains The first-line treatment. Given the possibility of Rebound methemoglobinemia, close monitoring in practice is recommended

References :

Cortazzo JA, Lichtman AD. Methemoglobinemia; a review and recommendations for management. J Cardiothorac Vasc Anesth 2014;28(4);1043-7.

Publication en ligne du 13 août 2013.

P. 212. Intoxication par flécaïnide : observation d'un cas.

Auteurs: A.Ben Jazia*, E.Ayari, M.Hassouna, T.Khzouri, M.Fatnassi, A.Mrad, N.Brahmi.

Service et Hôpital : *Centre d'Assistance Médicale Urgente CAMU.*

Introduction : La flécaïnide est un antiarythmique de classe 1C. Elle est fréquemment utilisée dans le traitement des tachycardies supraventriculaires (la fibrillation auriculaire incluse), mais parfois aussi dans les arythmies ventriculaires.Elle agit comme un anesthésique de membrane en bloquant les canaux sodiques rapides, altérant ainsi la dépolarisation des cellules myocardiques. Au cours du syndrome de WPW, la flécaïnide agit sur le faisceau de Kent par allongement de la période réfractaire et la vitesse de conduction.

Observation : Patiente A.R âgée de 18 ans suivie en cardiologie pour syndrome de Wolf Parkinson White .Elle a bénéficié de 3 tentatives d'ablation par radio fréquence vouées à l'échec d'ou elle a été mise sous Flécaïne 100 mg. Elle se présente le 02/02/2017 aux urgences pour vertiges, flou visuel, dyspnée et épigastralgies. A l'examen, la patiente est consciente apyrétique. Auscultation cardiaque: sans particularités(TA: 130/80, FC : 150 bpm). L'abdomen souple dépressible indolore.A la biologie : Na+:142/K+: 3,62 /Urée: 4,53 /Créat: 43/CPK: 61/LDH: 146/GB: 10310/Hb: 11,1g/dl /Plq:284000elT/MM3. A l'ECG(fig n°1 : Rythme régulier sinusal à 100bpm .PR court (0,10).QRS élargis. QT allongé à 580. Effet stabilisant de membrane BBD complet. Notre patiente a reçu 750 ml de bicarbonate de sodium semi molaire à 42‰. Son état hémodynamique est resté stable ne nécessitant pas de remplissage vasculaire. L'évolution a été marquée par la disparition de la disparition des signes d'intoxication et a été mise sortante 36 heures après l'admission.

Conclusions : Les cas d'intoxication aux anti-arythmiques de classe 1C sont très rares, mais souvent gravissimes, surtout en présence de cardiopathie sous-jacente ou de dyskaliémie. La présence de complexes QRS très élargis et de morphologie altérée doit faire évoquer l'intoxication aux bloqueurs de canaux sodiques dans le diagnostic différentiel. La mortalité est importante et le traitement est essentiellement de soutien puisqu'il n'existe pas d'antidote spécifique.

Références : A Literature Review of the Use of Sodium Bicarbonate for the Treatment of QRS Widening Rebecca E. Bruccoleri1 & Michele M. Burns. American College of Medical Toxicology 2015.

P. 213. Le coma toxique au baclofene : A propos de deux observations

Auteurs : F.Daly, H.Doghri*, A.Trifi, Y.Touil, R. Nasri, S. Abdellatif, S. Ben Lakhal
Service et Hôpital : *Service de réanimation médicale. CHU La Rabta. Tunis. Tunisie*

Introduction : Le baclofène est un agoniste des récepteurs GABA B du système nerveux utilisé dans le traitement de la spasticité musculaire d'origine centrale. Son utilisation récente dans le traitement du sevrage alcoolique a augmenté le nombre d'intoxication souvent responsable d'altération de l'état de conscience. Nous rapportons le cas de deux patients admis dans notre service pour complément de prise en charge d'un coma toxique secondaire à une intoxication volontaire au baclofène.

Observation1 : Il s'agit d'un patient âgé de 25 ans tabagique et sous baclofène pour sevrage alcoolique. Retrouvé inconscient dans la rue, il a été ramené aux urgences de notre hôpital. Devant un score de Glasgow à 8, le patient a été intubé, mis sous ventilation mécanique puis transféré à notre service pour complément de prise en charge. A l'admission, le patient avait un myosis bilatéral, une position axiale des globes oculaires sans mouvements spontanés et des réflexes ostéo-tendineux présents et symétriques. Par ailleurs, le patient avait une tension artérielle à 120/70mmHg, un pouls à 90 bpm et une température à 37,5 °C. L'électrocardiogramme montrait un rythme régulier sinusal à 120 bpm, un QT corrigé à 340 ms et un bloc de branche droit incomplet. A la biologie, le patient présentait une rhabdomyolyse sans insuffisance rénale et la recherche non spécifique de toxiques était négative. Le patient a été extubé au 5ème jour d'hospitalisation avec une bonne évolution ultérieure. Le patient a avoué secondairement la prise volontaire d'une dose importante non précisé de baclofène associée à la prise d'alcool.

Observation 2 : Il s'agit d'une patiente âgée de 16 ans admise aux urgences pour une intoxication volontaire de baclofène dans un but suicidaire (traitement de son père suivit pour sclérose en plaque). L'examen initial trouvait une patiente comateuse avec un glasgow à 6, une glycémie capillaire à 1,67 g/l, une TA=60/40 mmHg, une fréquence cardiaque à 120 bpm et une SpO2 à 92% en air ambiant. La patiente a été mise sous ventilation mécanique invasive après l'optimisation de la volémie. La patiente a été transférée dans notre service pour complément de prise en charge. L'examen à l'admission trouve des pupilles en myosis serré et un état hémodynamique stable sans stigmates de traumatismes. L'électrocardiogramme, la tomodensitométrie cérébrale ainsi que la biologie ne montraient pas d'anomalies particulières. La recherche de toxiques dans le sang et dans les urines était négative. L'évolution était favorable et la patiente a été extubée après 24h de prise en charge. La patiente a avoué secondairement la prise de 25 comprimés de baclofène (dose supposé ingérée à 250 mg) dans un but suicidaire.

Conclusions : Nous rapportons le cas de deux intoxications par l'ingestion volontaire de baclofène, où on trouve en commun un coma profond, d'installation rapide et hypotonique associé à un myosis bilatéral avec une bonne évolution ultérieure. L'utilisation récente de cette molécule dans le sevrage alcoolique peut faire craindre une augmentation de la fréquence de cette intoxication.

P. 214. Impact du tabagisme sur les complications post operatoires

Auteurs : I.Chaieb*, I.Souissi, K.Walha, H.Cheikhrouhou, A.Karoui
Service et Hôpital : *CHU Hbib Bourgiba, service anesthésie réanimation*

Introduction : Les effets néfastes de tabagisme en tant un facteur de risque majeur de maladies cardiovasculaires et respiratoires, ont été prouvés sur les suites opératoires de différents types d'intervention notamment après une chirurgie orthopédique (1) ou digestive (2). Notre étude vise à évaluer l'impact du tabagisme sur les complications postopératoires après une chirurgie cardiaque.

Matériels et méthodes : Notre étude comporte 101 patients ayant subis des chirurgies cardiaques partagés en 2 groupe : fumeurs comportant 25 patients et non-fumeurs comportant 76 patients. Les critères de jugement ont été essentiellement les complications postopératoires : l'infarctus du myocarde, l'apparition de troubles de rythme, l'arrêt cardiaque, les complications pulmonaires, une insuffisance rénale, les accidents vasculaires cérébraux el les complications gastro-intestinales majeures.

Résultats : On a trouvé que Le groupe des fumeurs avait une incidence significativement plus élevée de complications pulmonaires postopératoires par rapport au des non-fumeurs ($p < 0,001$) tels que pneumonies, atélectasies. La durée de ventilation mécanique a été significativement plus prolongés pour les fumeurs ($p=0,01$). Le risque de développer un infarctus de myocarde post opératoire est plus élevé. Cependant, nous n'avons pas trouvé de différence

statistiquement significative entre les deux groupes pour AVC, les troubles de rythme, l'insuffisance rénale, et les complications gastro-intestinales.

Conclusion : Le tabac aggrave le pronostic des patients proposés pour une chirurgie cardiaque d'où il est recommandé actuellement de demander aux patients d'arrêter de fumer avant une intervention chirurgicale et de toujours les encourager même s'il existe un court délai avant la chirurgie.

Thème Autre:

P. 215. Evaluation des connaissances des soignants en matiere de transfusion sanguine a l'hopital regional de Mahres – Sfax

Auteurs : F.Medhioub, R.Allala, A.Nasri, N.Baccouch, M.Boujelbène
Service et Hôpital : *Service réanimation, Hopital régional Mahres*

Introduction : La transfusion sanguine (TS) est le transfert du sang ou de constituants du sang d'un individu (donneur) à un autre (transfusé). Cet acte est entaché de beaucoup de risques et ne peut être considéré comme banal et anodin. Le but de ce travail est d'évaluer les connaissances des soignants qui sont habilités à administrer une transfusion sanguine à l'hôpital régional de Mahres.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude transversale descriptive, basée sur l'approche quantitative, menée auprès des soignants afin d'évaluer leur connaissance en matière de transfusion sanguine. La collecte des données était réalisée à partir du 1er mars jusqu'au 30 mars 2017. Le questionnaire a été administré auprès de 35 soignants.

Résultats : L'échantillon est formé de 35 soignants (infirmiers et anesthésistes) travaillant à l'hôpital régional de Mahrès repartis sur 6 services : hémodialyse, réanimation, maternité, médecine, chirurgie et bloc opératoire. Vingt-trois participants (65,71%) avaient un niveau insuffisant en matière de transfusion sanguine. A la phase pré transfusionnelle, on a remarqué que 25,71% des soignants ne savaient pas les examens obligatoires avant toute transfusion de CGR. Quatorze soignants (40%), faisaient une vérification complète et correcte des produits sanguins à la réception et 62,86% avaient des réponses fausses sur la conservation temporaire. A la phase per-transfusionnelle, 65,71% des participants avaient un mauvais contrôle ultime au lit du patient et aucun soignant ne connaissait la durée de la transfusion. A la phase post-transfusionnelle, 20% avaient des réponses fausses concernant la durée de la surveillance continue, 97,14% avaient une connaissance incomplète des manifestations cliniques nécessitant l'arrêt de la transfusion et seulement 14,29% de la population connaissent les examens biologiques post transfusionnels. De même, 31,34% des soignants ne savaient pas l'existence de procédure d'hémovigilance.

Conclusion : Ce manque de connaissance de la chaine transfusionnelle et des risques encourus, suscite un bon apprentissage du personnel soignant des différentes étapes transfusionnelles, ainsi que des conduites à tenir devant les accidents transfusionnels afin d'éviter l'apparition de ces accidents et d'assurer le maximum de sécurité transfusionnelle.

P. 216. La pancréatite aigue de l'enfant : A propos d'un cas

Auteurs: F.Medhioub, R.Allala, N.Baccouch, M.Boujelbène, A.Nasri
Service et Hôpital: *Service réanimation, Hopital régional Mahres*

Introduction : La pancréatite est caractérisée par l'autodigestion de la glande pancréatique par ses propres enzymes. C'est une pathologie grave et rare chez l'enfant.

Observation : Il s'agissait d'un enfant de 12 ans, sans antécédents pathologiques personnels ou familiaux particuliers, notamment de pancréatite. Elle s'est présentée à la salle d'urgence dans un tableau de douleurs abdominales avec vomissements et nausées évoluant depuis 2 jours. L'examen clinique objectivait un bon état de conscience, un état respiratoire et hémodynamique correctes et une fièvre à 38°C. Il existait une sensibilité abdominale diffuse sans défense ni masse palpable. Le bilan biologique montrait une CRP à 22 mg/L, une lipasémie à 2840 U/L et une amylasémie à 355 mmol/L. La numération sanguine, le bilan rénal, la glycémie, la calcémie et le bilan hépatique étaient normaux, ainsi que le bilan lipidique. Le scanner abdominal a montré un pancréas tuméfié de rehaussement homogène, une infiltration de la graisse pancréatique avec deux coulées de nécrose dans l'ACE et l'espace para rénal antérieur gauche. Dans le cadre du bilan étiologique, un complément par un bili IRM n'a pas montré de malformation congénitale de la jonction bilio pancréatique ni de dilatation kystique ou cylindrique de la voie biliaire principale. Les sérologies virales (Ag Hbs, Anti-HCV, Anti-EBV et Anti-CMV) étaient négatives. Le dosage des IgG4 était normal. Pas de notion de prise médicamenteuse, de traumatisme ou de parotidite ourlienne. L'évolution était favorable après un traitement médical conservateur basé sur le repos digestif et le contrôle de la douleur.

Discussion : Les pancréatites aiguës sont beaucoup plus rares chez l'enfant que chez l'adulte. Le diagnostic est souvent évoqué dès l'examen clinique devant des douleurs violentes épigastriques à irradiation postérieure, contraignant l'enfant à une position antalgique en chien de fusil. Les vomissements sont fréquents voire constants. Il est capital

de demander à la famille s'il y a eu un traumatisme (en particulier chute sur le guidon d'un vélo) ou si l'enfant est sous traitement au long cours. Le contexte infectieux est également important à évaluer. Les causes idiopathiques sont fréquentes, et doivent faire rechercher une cause génétique. Il est capital de noter que dans 1/3 des cas, aucune cause n'est retrouvée.

Conclusion : La pancréatite est une pathologie rare dans l'enfance. Elle est caractérisée par son polymorphisme clinique. Le diagnostic précoce et le traitement approprié peuvent prévenir les complications immédiates et tardives liées à la maladie.

P. 217. Use of social media by Tunisian intensive care residents

Auteurs : W.Nouira, F.Dachraoui, M.Tlili, Z.Hammouda, N.Bouker, K Hraiech, S. Boukadida, A Ouni, H Zorgati, I Ouanes, L Ouanes Besbes, F Abroug

Service et Hôpital: *Service de Réanimation Polyvalente, CHU Fatouma Bourguiba, Monastir*

Introduction : Social media (SM) can be used to improve or enhance professional networking and education, organizational promotion, patient care, patient education, and public health programs. Little data are available about perceptions among young medical practitioners although unconstrained online social activity is the norm for them. The aim of the present study is to describe the actual use and perception of the role of SM by Tunisian residents in intensive care medicine.

Methods: This was a prospective observational study involving intensive care residents at the university hospitals of Sousse, Monastir and Mahdia (Tunisia). Residents were invited to participate and answer an anonymous questionnaire about social media in clinical medicine: accessibility to the internet, their personal and academic use of SM and their perception of the use of SM. The questionnaire comprised 22 different types of questions: Likert style, multiple choices, yes / no, ranking and short and open response questions.

Results: Overall, 52 residents (36 females, age=27.5± 3.9 years) responded to the questionnaire (66%); 84.6% and 65.5% of them had smartphones and laptops, respectively. Sixty five percent had mobile Internet access or a home WIFI network, while 13.5% said they had access to the Internet only through their faculty or hospital where they were exercising. Facebook and YouTube were the most frequently daily used SM for both personal and academic use, 94%-32.7% and 61.6%-34.6% respectively. In contrast, 94.2% said they had never used Twitter. The daily use of medical applications on Smartphones and weekly e-learning platforms were reported by 65.4% and 63.5% of residents respectively. Eighty-eight percent of the residents thought that YouTube should play a key role in their. Training. The use of SM was supposed to improve the collaboration between residents and with their supervisors respectively in 88.4% and 86.5%. Nearly half of the residents (42.3%) were opposed to communication with patients and / or their families by SM. Respondents in the survey suggested that medical schools should use SM to keep them informed on training cycles, and that they should adopt a policy that would govern the use of SM in 94.2% and 88, 6% respectively.

Conclusion: Facebook and YouTube are the most used social media by Tunisian residents in intensive care medicine. They remain however, little contributors in their training course.

P. 218. Résultats précoces de la prise en charge de l'hémorragie par repture des varices oesophagiennes chez les patients cirrhotiques : une étude préliminaire

Auteurs : S. Khedher, Azaza W*, Abdennebi .C, M.Salem

Service et Hôpital : *Service de réanimation digestive hôpital Charles Nicole*

Introduction : L'hémorragie secondaire à la rupture de varices œsophagiennes est la complication la plus sévère de l'hypertension portale et représente une cause fréquente de décès chez les patients atteints de cirrhose. Le but de cette étude préliminaire était de trouver les facteurs associés à un mauvais pronostic de l'hémorragie par rupture des varices œsophagiennes (HRVO) chez les patients cirrhotiques.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, étalée sur une période de 12 mois entre janvier 2016 et décembre 2016. Tous les patients atteints d'une cirrhose du foie hospitalisés pour une HRVO ont été inclus afin d'identifier leurs paramètres cliniques, biologiques et endoscopiques.

Résultats : Un total de 30 patients hospitalisés pour AVH est survenu pendant la période d'étude. L'âge moyen à l'admission était de 60 ans (+/-15ans) avec un sexe ratio de 0,52(12/23). La cirrhose était post-virale dans 30% des cas. Les patients ont été classés comme Child-Pugh C dans 40% des cas. Les moyennes des scores de gravité : MELD et de la CLIF SOFA étaient respectivement de 17 et 8,4. Douze (12) patients ont reçu des bêtabloquants dans la phase aiguë, un traitement pharmacologique à base de vasopresseur (sandostatine) a été instauré dans tous les cas et associé à une antibioprophylaxie (C3G ou fluoroquinolone) dans 26 cas. L'endoscopie a été réalisée dans 12 cas en 12 heures. Les varices œsophagiennes (OV) étaient de grade I (2 patients) de grade II (10 patients) et de grade III (18 patients). L'éradication des varices a été obtenue chez 23 patients (76,6%% des cas). L'HRVO a récidivé chez 9 des patients (30% des cas) et 6 patients sont décédés dont 4 dans les 5 premiers jours. La péritonite bactérienne spontanée (P: 0,010), l'encéphalopathie hépatique (P: 0,041) et les instabilités hémodynamiques (P: 0,01) sont en corrélation avec une mortalité précoce à 5 jours. L'encéphalopathie hépatique (P: 0,028) et la bactériémie (P: 0,05) sont corrélés avec une motilité de 6 semaines. Le b-bloquant non sélectif (P: 0,013) et la ligature endoscopique primaire (en dehors des épisodes hémorragiques) des VO, lorsqu'elle est indiquée (P: 0,008), sont des facteurs de protection et des paramètres de bons résultats.

Conclusion : Malgré le développement d'outils endoscopiques et le respect des stratégies thérapeutiques actuelles, le pronostic des HRVO reste réservé et son amélioration passe essentiellement par la précocité et la qualité de la prise en charge.

P. 219. Maladie D'ERDHEIM-CHESTER : À propos d'un cas et revue de la littérature

Auteurs : R.Amri(1), Ch.Ben Salah*(2), H.Sahli(1), W.Garbouj(1), I.Ben Ahmed(1), H.Tounsi(1), S.El Aoud(1), J.Ouali(3), R.Jazi(3).

Service et Hôpital : *(1) Service de Médecine Interne – HMTM – Nabeul – Tunisie. (2) Service des urgences-– HMTM – Nabeul – Tunisie. (3) Service de Dialyse – HMTM – Nabeul – Tunisie*

Introduction : Le purpura thrombopénique immunologique (PTI) est une maladie auto-immune caractérisée par une destruction des plaquettes d'origine immunologique. Il put donc être associé à d'autres maladies auto-immunes ; notamment le LES et le SAPL. La coexistence PTI-syndrome de Sjögren primitif (SSP) est plus rare. Nous rapportons un cas de purpura thrombopénique révélant un syndrome de Sjögren primitif et nous ferons une revue de littérature.

Observation : Patiente âgée de 33 ans, suivie depuis 2011 pour thrombopénie. Le bilan étiologique (bilan inflammatoire, rénal, bilan thyroïdien, facteurs de la coagulation, frottis sanguin, dosage vitaminique, ponction sternale, sérologie syphilitique, et bilan immunologique a conclu à une anémie ferriprive avec thrombopénie périphérique idiopathique. Une corticothérapie per os (1mg/kg/j) a été donc prescrite avec une évolution marquée par la corticodépendance et la recrudescence de la thrombopénie. Le bilan étiologique refait après 5 ans, a montré cette fois-ci des AAN positifs à 1/320 ; avec des Ac anti SSA et anti SSB positifs. L'examen ophtalmologique a trouvé un BUT altéré malgré l'absence de xérophtalmie, et la biopsie labiale a révélé un sialadénite lymphocytaire grade 4 de Chisholm et Masson sans la présence de xérostomie. Le diagnostic de SSP compliqué d'une PTI a été retenu selon les critères ACR/EULAR de 2016.

Discussion : Le SSP est une maladie auto-immune systémique caractérisée par une infiltration lymphoïde des glandes salivaires et lacrymales. Les circonstances de découverte sont variables. Les principales sont l'association d'une sécheresse oculaire et buccale, l'augmentation du volume des glandes parotides ou des glandes sous-maxillaires et une polyarthrite non destructrice. Mais des complications rares peuvent inaugurer le tableau comme les cytopénies auto-immunes ; tel que le cas de notre patiente qui présente un PTI isolé révélant un SSP asymptomatique après cinq ans d'évolution. Le traitement se base sur les corticoïdes par voie orale en première ligne. Lorsque le syndrome hémorragique est sévère, l'utilisation des immunoglobulines intraveineuses est justifiée.

Conclusion : Le PTI est exceptionnellement révélateur d'un SGS primitif. Cela nous incite à rechercher systématiquement une maladie auto-immune devant tout PTI. Le traitement repose essentiellement sur la corticothérapie plus rarement sur les immunoglobulines IV lors des symptômes hémorragiques menaçants ou sur les immunosuppresseurs dans les thrombopénies auto-immunes secondaires menaçantes et résistantes.

P. 220. La vascularite cutanee au cours de la maladie de Behcet : A propos de trois observations

Auteurs : R.Amri(1), Ch.Ben Salah*(2), H.Sahli(1), W.Garbouj(1), I.Ben Ahmed(1), H.Tounsi(1), S.El Aoud(1), J.Ouali(3), R.Jazi(3).

Service et Hôpital : *(1)Service de Médecine Interne – HMTM – Nabeul – Tunisie. (2) Service des urgences-– HMTM – Nabeul – Tunisie. (3) Service de Dialyse – HMTM – Nabeul – Tunisie.*

Introduction : Le purpura vasculaire est une vascularite cutanée caractérisée par une inflammation de toute l'épaisseur de la paroi vasculaire associée à une nécrose fibrinoïde, appelée aussi vascularite leucocytoclastique. La prévalence au cours de la maladie de Behçet est très faible.

Patients et Méthodes : Nous rapportons 3 cas de purpura vasculaire au cours de la maladie de behçet colligés dans le service de médecine interne de Nabeul.

Observation 1 : Patient âgé de 40 ans, tabagique, qui a consulté pour purpura pétéchial ecchymotique infiltré nécrotique, polymorphe siégeant au niveau des membres inférieurs. Le diagnostic d'une maladie de Behçet a été retenu devant l'aphtose bipolaire ; le test pathergique ; la pseudo folliculite, l'ulcération cutanée et le purpura vasculaire. Le patient a été traité par colchicine associée aux anti-inflammatoires non stéroïdiens avec une bonne évolution clinique et biologique.

Observation 2 : Patiente âgée de 31 ans sans antécédents pathologiques notables ; qui a consulté pour pustulose cutanée diffuse associée à un purpura vasculaire.

La biopsie cutanée a montré la présence de quelques capillaires entourés d'un infiltrat inflammatoire lymphoplasmocytaire cadrant avec une vascularite. Le diagnostic de la maladie de behçet a été retenu devant l'aphtose bipolaire ; la pustulose cutanée et le purpura vasculaire. Le traitement était à base de colchicine et de corticoïdes avec une bonne évolution.

Observations 3 : Patient âgé de 42 ans suivi depuis l'âge de 27 ans pour maladie de Behçet devant une aphtose bipolaire et des pseudo folliculites, qui a présenté des ulcères de jambes récidivants et invalidants. Les récidives de l'ulcère se sont associées soit à une poussée cutanéomuqueuse de la maladie ou soit un arrêt intempestif de traitement. Le dernier épisode a été marqué par l'apparition d'ulcère cutané da la jambe droite associé à un purpura vasculaire. Une antibiothérapie, des soins locaux, des corticostéroïdes et une reprise de la colchicine était indiquée. L'évolution s'est faite vers la cicatrisation complète.

Discussion : Les manifestations cutanées au cours de la maladie de behcet sont fréquentes et polymorphes à type d'érythème noueux, pseudo-folliculites, aphtes cutanés...Le purpura vasculaire au cours de la maladie de behçet a été rarement décrit dans la littérature. La combinaison de plusieurs lésions cutanée chez le même malade est possible. Le traitement des manifestations cutanéomuqueuses à côté des traitements topiques, fait recourt habituellement à la colchicine associée ou non aux anti-inflammatoires stéroïdiens ou non stéroïdiens. La dapsone et la thalidomide ont montré aussi leur efficacité sur les manifestations cutanéomuqueuses.

Conclusion : La vascularite cutanée reste une manifestation exceptionnelle de la maladie de Behçet. La prise en charge est souvent lourde et multidisciplinaire.

P. 221. Association Sclerodermie et Polymyosite : Difficultés therapeutiques

Auteurs : R.Amri(1), Ch.Ben Salah*(2), H.Sahli(1), W.Garbouj(1), I.Ben Ahmed(1), H.Tounsi(1), S.El Aoud(1), J.Ouali(3), R.Jazi(3).

Service et Hôpital : *(1) Service de Médecine Interne – HMTM – Nabeul – Tunisie. (2) Service des urgences-– HMTM – Nabeul – Tunisie. (3) Service de Dialyse – HMTM – Nabeul – Tunisie.*

Introduction : Les myosites à anticorps (Acs) anti-signal recognition particule (anti-SRP) se distinguent par la sévérité de l'atteinte musculaire et leur résistance aux thérapies conventionnelles. Peu d'études ont été consacrées aux polymyosites (PM) avec anticorps anti-SRP (AASRP). Nous rapportons un nouveau cas de myosite à Acs anti-SRP réfractaire aux traitements conventionnels, et traitée avec succès par IgIV.

Observation : Patiente âgée de 62 ans porteuse d'une sclérodermie systémique diagnostiquée depuis 2 ans, devant une sclérodactylie, un phénomène de Raynaud avec ulcérations digitales, une atteinte digestive avec à la manométrie une hypomotilité oesophagienne et une atteinte cardiaque à type de tomponade qui a été drainée chirurgicalement. Le bilan immunologique initial trouve des AC antinucléaires (AAN) positifs à 1/320 avec des anti ENA négatifs, des anti CCP et un Facteur Rhumatoïde (FR) négatifs. Au cours du suivi et lors d'un bilan immunologique systématique

de contrôle, la présence d'AC anti SRP évoquée devant la présence d'une fluorescence cytoplasmique particulière et confirmée par méthode immuno-enzymatique nous a fait suspecter une atteinte myopathique, mais la patiente n'avait pas de myalgie ni de déficit musculaire et le bilan musculaire a toujours été normal jusque-là. Trois mois plus tard, la patiente s'est plainte d'une difficulté à la marche, l'examen trouve un déficit musculaire proximal prédominant aux membres inférieurs, confirmé au testing musculaire. Le taux des enzymes musculaires était élevé (CPK=1999 UI/ml), l'EMG était normal et la biopsie neuromusculaire a montré un aspect de myopathie nécrosante attesté par un processus de nécrose régénération sans véritable infiltrat inflammatoire associé. Devant la rapidité de l'évolution clinique et biologique et une corticorésistance après un mois de 1mg/kg/j d'équivalent de prednisone, la patiente a été mise sous Méthotrexate à une dose progressive jusqu'à 25 mg/semaine, l'évolution a été favorable avec nette amélioration clinique et une chute importante des enzymes musculaires. Devant une aggravation clinique et une majoration de la rhabdomyolyse,12 mois après, de l'Azathioprine à 150 mg/j a été introduit en substitution. L'évolution a été marquée par une deuxième rechute, 10 mois plus tard. On a augmenté les doses de CS et on a adjoint 6 cures d'IgIV. Une nette amélioration clinique et biologique a été notée dès la deuxième cure avec un recul de 15 mois.

Conclusion : La particularité de notre observation est dans l'association sclérodermie-MNAI à AC anti SRP, ces derniers ayant annoncé la myopathie trois mois avant le début des symptômes. La mise en évidence de tels AC avec une symptomatologie de myosite a un intérêt sur le plan diagnostique et nosologique mais également pronostique et éventuellement de protocole thérapeutique.

P. 222. Hypothermie accidentelle

Auteurs : M.Tobich F.Bouhaouala A.Mbarek A.Abidi S.Sellami D.Sakis K.Hela M.A.Boujelbèn S.Habacha I.Fathallah N.Kouraichi
Service et Hôpital : *Service de Réanimation Médicale de l'Hôpital Régional de Ben Arous*

Introduction: L'hypothermie accidentelle est définie par une baisse de la température centrale au dessous de 35°C. Elle survient souvent dans un contexte social particulier. Les manifestations cliniques sont correlées à sa profondeur.

Observation: Patient MY, âgé de 54 ans, suivi et traité pour une schizophrénie, retrouvé au bord de la route, inconscient au mois de Mars 2017. Il a été ramené à nos urgences. La famille a rapporté la notion d' arrêt de traitement, et une fugue depuis une semaine. L'examen initial a montré: une T° à 28°C, un score de Glasgow à 9, une fréquence respiratoire à 20 c/min, une pression artérielle imprenable, un fréquence cardiaque à 120 bpm, des signes de déshydratation extracellulaire, des lésions de dermabrasion. A l'ECG: ACFA à 120bpm, onde J d'Osborn. A la gazométrie une acidose métabolique avec une oxymétrie correcte. A la biologie: une hyperleucocytose à 19690elt/mm3, PCT à 0,25 µg/l une hémoconcentration (Ht=39,7% et Na+=147mmol/l), une insuffisance rénale aigue (créatinine 490µmol/l) et une rhabdomyolyse (CPK=10621UI/l). La conduite était de rechauffer progressivement le patient, d'entamer un remplissage par 1000ml de sérum physiologique et 1000ml de bicarbonate de sodium, de le mettre sous noradrénaline à la dose de 3mg/h et de démarrer une antibiothérapie visant une porte d'entrée cutanée. L'évolution était marquée par la correction de l'hypothermie avec disparition des signes électriques, la reprise d'un état de conscience normale dès H3. Il a été severé des catécholamines à H24, avec amelioration de sa fonction rénale au bout de 4 jours. Le patient à été mis sortant à domicile après optimisation de son traitement antipsychotique à J8.

Discussion: L'hypothermie accidentelle a été favorisée dans ce cas par un terrain psychosocial précaire. Notre patient avait une température à 28°C, ce qui le classait en hypothermie modérée à sévère. L'hypothermie est classée en: Légère (température entre 32 et 35°C) avec peu ou pas de retentissement circulatoire, Modérée (température entre 28 et 32°C) avec atteinte de la vigilance, une hypoventilation alvéolaire et une bradycardie, Sévère (température entre 24 et 28°C) avec un coma, une bradypnée et un risque élevé de fibrillation ventriculaire, Profonde (température inférieure à 24°C) avec un état de mort apparente évoluant vers l'arrêt cardiorespiratoire. Notre patient avait des troubles de la vigilance et des signes cardiovasculaires (état de choc, onde J d'Osborn). L'état de choc pourrait être expliqué par l'hypovolémie (manque d'apports, signes de déshydratation) et par la vasoplégie secondaire à l'hypothermie. L'insuffisance rénale aigue était fonctionnelle par nécrose tubulaire aigue en rapport avec l'état de choc et la rhabdomyolyse.

Conclusion : L'hypothermie accidentelle peut mettre en jeu le pronostic vital par ses manifestations cardiovasculaires dont la plus grave est l'arrêt cardiorespiratoire. La prévention reste le meilleur moyen notamment chez la population à risque.

P. 223. Acute fatty liver of pregnancy: a difficult diagnosis and a management that evolves

Auteurs : B.Jeribi*, Z.Douira, K.Ben Gayed, E.Kammoun, L.Bennasr, S.Ben Marzouk, H.Maghrebi
Service et Hôpital : *Department of Anesthesiology and intensive care. Center of Maternity And Neonatology, La Rabta, Tunis*

Acute fatty liver of pregnancy (AFLP) is a rare liver disease unique to pregnancy potentially fatal for both mother and child. This pathology may be severe in case of association of hemolysis, acute kidney failure and acute liver failure [1]. We report the case of 26-years-old, primigravida, twin parity, who had an urgent cesarean section, at 36 weeks of pregnancy, under spinal anesthesia for acute fetal distress. Clinical and biological state at the moment of delivery was normal.

The evolution within the 24 first hours was complicated with an acute severe hemolytic anemia with a fall of the hemoglobin rates from 13,6g/dl to 4,3g/dl, a severe thrombocytopenia at 49000/mm3. These biological abnormalities were associated to oligo-anuric acute kidney failure with Creatinine levels raised from 83 mmol/l to 218mmol/l. at the same time bilirubin rates raised from 101Umol/l to 285 Umol/l, prothrombin time felt from 100% to 21%, Vth factor was 49%, liver enzymes, however, were normal showing an acute liver failure rather than a HELLP syndrome. Abdominal scan showed a pancreatitis stage C with no hepatic abnormalities. Viral serology of hepatitis B and C was negative.Anti-nuclear antibodies research was negative. Finally, acute fatty liver of pregnancy was the only syndrome that could gather all these symptoms and signs. Systemic lupus was eliminated given that antibodies were negative. Management of this patient was based on high doses of furosemide, hemodialysis that succeeded to recover a normal diuresis with a normal renal function. It was also based on regular administration of N-acetylcysteine and corticosteroids, and on regular plasmapherisis. The evolution was complicated with persistent liver failure withjaundice, biological cholestasis and hepatic encephalopathy grade 3 that led to coma, orotracheal intubation and sedation during 3 days. Actually these therapies succeeded to have a clinical and biological improvement. In fact, the patient waked up, was extubated, biological data such as prothrombin time, platelets, hemoglobin and bilirubin rates did really get better thanks to N-acetylcysteine, corticosteroids, and regular plasmapherisis. The patient was discharged from hospital in a good clinical and biological state.

Conclusion: Acute fatty liver is life threatening when it associates kidney and liver failure to severe hemolytic anemia and thrombocytemia. In this especially severe case N-acetylcysteine, corticosteroids, and regular plasmapherisis were efficient, but could not be systematically recommended, further studies are needed.

Reference: 1. Castr MA and al. Reversible peripartum liver failure: a new perspective on the diagnosis, treatment, and cause of acute fatty liver of pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1999

P. 224. Douleur abdominal chronique : et si c'était un syndrome de compression du ligament arqué médian ?

Auteurs: I.Ouaz, M.Khaldi, A.Garrouch, H.B.Soltane, S.Rhomdhani, S.Afritt, M.Methamem
Service et Hôpital : *Service des Urgences hôpital Farhat Hached Sousse*

Introduction: Le syndrome de compression du ligament arqué médian a été décrit en 1965 par Dunbar et est connu dans la littérature anglo-saxonne comme « Median arcuate ligament syndrome » il est secondaire à la compression de la partie proximale du tronc cœliaque par le ligament arqué médian.

Observation: Nous rapportons le cas de Monsieur H.A âgé de 72 ans qui se présente aux urgences pour douleur abdominale évoluant selon ses dires depuis 5 ans . il a été suivit par plusieurs gastrologue et a bénéficié d'une FOGD, d'une colonoscopie avec biopsie tout les examens étaient normaux. cette douleur a retentit sur sa vie à un point qu'il a a été mis sous traitement antidépresseur et depuis deux ans il y a avait un retentissement important sur sa vie. L'examen clinique était strictement normale : pas de contexte fébrile, pas de contracture abdominale et malgré le traitement antalgique le patient n'a pas été soulagé, On a complété par un scanner abdominale dans un but étiologique qui a révélé la présence du syndrome de compression du ligament arqué médian . Le patient a été hospitalisé en chirurgie générale en vue d'un traitement étiologique

Discussion: La fréquence du syndrome du ligament arqué médian reste non négligeable dans la population générale. Cependant, dans la plupart des cas, cette sténose extrinsèque n'apparaît pas significative car on ne retrouve pas de collatéralité associée. Le plus souvent asymptomatique elle est de découverte fortuite. Le traitement ne sera indiqué qu'en cas de retentissement clinique

Conclusion: L'entité du syndrome de compression du tronc cœliaque ne fait pas l'unanimité et on est devenu plus sélectif dans les rares indications de chirurgie. En restituant un flux normal dans le tronc cœliaque par la section du ligament arqué et la résection du plexus nerveux cœliaque, éventuellement complétée par un geste de revascularisation on obtient de meilleurs résultats à long terme .

P. 225. Ischémie aigue du membre révélant une dissection de l'aorte totale type A

Auteurs : A.Selmi, H.Sandid, I.Ouaz, Z.Mezgar, M.Chniti*, H.Diop**, M.Methamem

Service et Hôpital : **Département d'anesthésie réanimation CHU Sahloul **Service de chrirugie cardiovasculaire CHU SahloulService Des Urgences Hôpital Farhat Hached .*

Introduction : Les dissections aortiques de type A sont rares et sont une menace d'erreurs diagnostique permanente pour l'urgentiste. le tableau clinique peut etre polymorphe, nous rapportons le cas d'un patient âgé de 50 ans qui se présente pour une douleur vive au niveau du membre inférieur droit .

Observation : Il s'agit de Monsieur S.N. âgé de 50 ans sans antécédent pathologique notable, grand tabagique 55 PA qui est amené par ses collègues pour prise en charge d'une douleur du membre inferieur droit d'installation brutale lui faisant perdre son équilibre une douleur vive avec sensation de lourdeur, le patient rapporte la notion de douleur thoracique transfixiante qui aurait précédé la perte de l'équilibre. L'examen clinique mettait en évidence un patient algique EVA à 10, TA à droite 150/100 et à gauche 140/100 un membre inferieur droit froid avec diminution du pouls poplité, pouls fémorale bien perçu symétrique. Le patient a bénéficié d'un angio-scanner thoraco-abdominopelvien qui a mis en évidence une dissection aortique totale type A avec extension vers les troncs supra-aortique, l'artère mésentérique supérieure avec une occlusion de l'iliaque primitive et externe droites à 15 mm de la bifurcation aortique avec reperméabilisation en aval. Le patient a été transféré directement en chirurgie cardiovasculaire en vue d'un geste en urgence Discussion –conclusion : Une dissection aortique type A étendu n'est pas fréquemment observé, poser le diagnostic positif devant l'association d'une ischémie du membre inferieur et une douleur n'est pas évident devant la symétrie tensionnelle et des pouls fémoraux mais c'est primordiale une fois le diagnostic suspecté de lancer la procédure pour prendre en charge le patient dans une structure de chirurgie cardiovasculaire parce que le pronostic vital dépendras essentiellement de la rapidité de prise en charge

P. 226. Rupture oesophagienne suite à un traumatisme thoracique fermé : à propos d'un cas

Auteurs : Mekki I / Hamami R / Nouira N / Lahmar S / Ben Cheikh M

Service et Hôpital : *Hôpital Mongi Slim La Marsa / Service des urgences*

Introduction : La rupture œsophagienne à thorax fermé post traumatique est exceptionnelle, la présentation clinique est extrêmement variable, et l'examen clinique initial peut être sans signe évocateur ou caractéristique. La découverte peut être fortuite et retardée au cours du bilan lésionnel du polytraumatisé. Pourtant, le seul moyen, malgré les progrès de la réanimation, de réduire la mortalité et la morbidité est un diagnostic précoce.

Cas clinique : B.H, un homme de 25 ans, sans antécédents pathologiques notables, victime d'un accident de travail : un maçon ayant chuté du 4ème étage, une hauteur estimée à 10 mètres, avec réception sur l'hémicorps gauche. Par ailleurs, notion de PCI de cinq minutes. Ramené aux urgences par la protection civile, 30 minutes après l'accident. L'examen à l'admission trouvait un patient conscient, somnolent, GCS à 15, pupilles intermédiaires réflectives, pas de signe de localisation, GAD à 1.02, plaie sous-mandibulaire gauche de 2 cm, eupneique, pas d'emphysème sous-cutané, auscultation pulmonaire symétrique, auscultation cardiaque normale, TA à 11/6 aux deux bras, pouls à 100 bpm, pouls présents et symétriques, pas de signes droits, l'abdomen était souple dépressible, bassin stable, les articulations libres, avec douleur à la palpation de la plante du pied gauche. Le patient a été admis en SAUV, avec mise en place d'une minerve, plan dur, pose de deux VVP, monitorage, réalisation d'un bilan complet, une radio thorax au lit qui était sans anomalies, ECG sans anomalies. Un bodyscanner a été réalisé (H1), évoquant un doute sur une fracture de l'apophyse xiphoïde, avec des bulles d'air au niveau de la gaine péricardique en regard, et des bulles d'air sous-péritonéales au niveau de l'hypochondre gauche. Par ailleurs réalisation d'une radio du pied gauche avec profil interne et externe et une incidence rétro-tibiale ayant montré une fracture du calcanéum gauche. Un avis chirurgie a été demandé, et une urgence chirurgicale n'a pas été retenue. L'orthopédiste a demandé la réalisation d'un scanner du calcanéum gauche (urgence différée). Le patient a été gardé aux urgences, sous antalgiques, monitoré, avec

surveillance rapprochée des constantes vitales et de son état neurologique. Le patient est resté stable avec bonne évolution. Le scanner cérébral de contrôle était normal. Le lendemain, un scanner thoraco-abdominal de contrôle a été demandé montrant la présence d'un pneumomédiastin de moyenne abondance en rapport avec une rupture œsophagienne. Le diagnostic a été confirmé par un lavement aux hydrosolubles. Le malade a été donc transféré au service de chirurgie. Il a été initialement programmé pour chirurgie avec mise en place d'une prothèse, cependant, un scanner de contrôle a été réalisé quelques jours après, qui a montré la disparition spontanée de la rupture œsophagienne. Par ailleurs, le patient est resté stable sur tous les plans pendant son hospitalisation. Il a été adressé à sa sortie en orthopédie, avec un RDV de contrôle à la consultation de chirurgie générale.

Conclusion : Considérer l'importance du mécanisme lésionnel chez tout polytraumatisé est primordial pour la prise en charge du polytraumatisé et particulièrement lors de la demande de l'imagerie

P. 227. A case of catastrophic antiphospholipid syndrome (CAPS) in a young woman with Multiorgan thrombosis and fulminant multiorgan failure

Auteurs : Hamami R / Chatbri B / Arafa M / Bellasoued M / Lamine K
Service et Hôpital : *Military Hospital of Tunisia / Emergency department*

INTRODUCTION: Catastrophic antiphospholipid syndrome (CAPS) is an unusual form of presentation of antiphospholipid syndrome with a poor prognosis, so early diagnosis and treatment are necessary. Acquired thrombotic and thromboembolic disorders may be presented initially with symptoms and signs of acute ischemia or organ dysfunction that will lead many of these patients to seek care in the emergency department.

CASE REPORT: We report a case of a 33-year-old female patient without significant medical history admitted to the emergency department with sudden onset abdominal pain, vomiting and dyspnea. She was managed conservatively, but her symptoms progressed with eventual multi-organ failure. Laboratory tests showed autoimmune anemia at 10 g/dL, and thrombocytopenia at 10,000/mm3. The CRP was measured at 144 mg/L, and the creatinine clearance at 30 ml/ min The thoracic and abdominal CT scan showed multiple venous and arterial thrombosis: Inferior vena cava, Hepatic veins and pulmonary artery with multiple focal hypodense liver, Pancreas and spleen lesions corresponding to micro infarctions. The patient presented a respiratory distress leading to intubation and mechanical ventilation. But the evolution was marked by the death after 12 hours.

CONCLUSIONS: CAPS is a medical emergency which requires early identification and aggressive management to improve outcomes. Clinicians need a heightened awareness of this disease state when managing patients with acute thrombosis of multiple organs with no clear etiology.

P. 228. Syndrome de BRUGUDA : Prise en charge anesthesique lors d'une césarienne

Auteurs : I.Chaieb*, A.Jarraya. A.touati, M.Bouhali, K.kolsi
Service et Hôpital : *CHU Hedi Chaker, service anesthésie réanimation*

Introduction : Malgré que le syndrome de brugada est une maladie congénitale rare, il présente l'une de plus importante étiologie de l'arythmie ventriculaire grave et mort subite chez le sujet jeune. L'anesthésie chez ces patients est délicate et il n'existe pas jusqu'à ces moments des recommandations claires de sociétés savante à cause de rareté des cas. Nous rapportons la prise en charge anesthésique pour césarienne d'une patiente porteuse de ce syndrome qui vient de découvrir sa pathologie au début de sa grossesse par une rachianesthésie et qui s'est déroulé sans incidents avec des suites post opératoires simple.

Patient et observation : Il s'agit d'une patiente de 34 ans, diagnostiquée porteuse d'un syndrome de bruguda au début de sa grossesse au cours d'une enquête familiale à cause de l'histoire de mort subite chez un frère et une sœur connue porteuse de ce syndrome. Son ECG montre bloc de branche droite incomplet d'où son cardiologue a complété par un test à la flécaine qui a démasqué un Syndrome de brugada type 1. Elle était programmée pour implantation de DAI mais il était rapporté par la grossesse. Une césarienne à froid est décidée comme la voie d'extraction. D'où la patiente a bénéficié d'une consultation pré anesthésique à distance de l'acte. La patiente avait comme antécédent un SAOS minime à la polysomnographie. Sa grossesse était marquée par l'installation d'une HTA gravidique mise sous loxen et d'un diabète gestationnel sous insuline. Elle n'avait pas d'histoire de syncope, la

tolérance à l'effort était bonne. L'examen trouve patiente obèse avec BMI à 40 avec intubation orotrachéale prévue difficile. La fréquence cardiaque était à 100 bpm, la TA était 150 /80. Son échocardiographie était normale avec fraction d'éjection à 60%. La rachianesthésie était la technique anesthésique choisie. La procédure anesthésique ainsi que le risque impliqué étaient expliqués à la patiente et son consentement écrit et éclairé est obtenue. A la salle opératoire, la patiente est monitorée (ECG avec surveillance du segment ST, dynamap, spo2), 2 voies veineuse de gros calibre sont prises, le défibrillateur externe est prêt et à côté du malade.sa TA était à 146l78 avec FC=110. Une rachianesthésie est pratiquée avec 10mg de marcaine, 5ug sufenta et 100 ug morphine. Après vérification de l'installation de bloc l'incision est autorisée. L'état hémodynamique restait stable durant l'acte, ainsi que le rythme cardiaque. L'acte est déroulé sans incident. Après la patiente est transférée à la salle de surveillance post opératoire pendant 24h et aucune complication est noté.

Conclusion : Il est vrai qu'il n'existe pas des recommandations claires pour la gestion de Syndrome de brugada mais Une évaluation pré-anesthésique approfondie et une gestion péri-opératoire méticuleuse avec un traitement opportuns des arythmies peuvent diminuer la mortalité et la morbidité et aboutir à une prise en charge parfaite et réussie.

P. 229. Morbi-Mortalité A La Phase Aigue Au Cours Des Hémorragies Méningées Post Traumatiques

Auteurs: M.Khemili*, E.Mili, M.Barketi, F.Hafi, B.Zbidi, S.Chaari, S.Betbout, K.Zouari, K.Chaabani, L.Stambouli, F.Bensalem, M.Gahbiche
Service et Hôpital : *Service d'Anesthésie-Réanimation EPS Fattouma Bourguiba Monastir*

Introduction: L'hémorragie méningée ou sous arachnoïdienne (HSA) est fréquemment retrouvée chez traumatisé crânien grave et représente un facteur pronostique péjoratif. L'Objectif était de décrire les caractéristiques clinico-radiologiques et évolutives des patients ayant une HSA traumatique admis au service pour traumatisme crânien grave (TCG).

Patient et méthodes : Nous avons colligé tous les dossiers des patients admis pour TCG compliqué d'HSA. Nous avons relevé les caractéristiques clinico-radiologiques, thérapeutiques et évolutives de ces patients. L'échelle de gradation de l'HSA traumatique était utilisée. Celle-ci était visible sur l'imagerie soit diffuse dans les espaces méningés, soit dans les citernes de la base du crâne. Nous avons aussi relevé les complications initiales durant l'hospitalisation.

Résultats : Etude rétrospective descriptive colligeant 82 patients âgés de 36,73ans±19,80 avec prédominance masculine. L'accident de circulation était prédominant, relevé dans 65 cas. Le mécanisme du choc était direct dans 62 cas (75,6%). Le transport était médicalisé dans 29,3% (24 cas). Le score de Glasgow (GCS) initial était inférieur ou égal à 8 dans 51 cas. Le GCS moyen était de 8.21+-3.63. Les ACSOS étaient présentes dans plus de la moitié des cas. Une anomalie pupillaire était relevée dans 20 cas; un déficit moteur dans 31 cas, des convulsions chez 3 patients. L'hématome sous dural aigu était associé dans 43 cas (52,4%). Le décès intra hospitalier était relevé dans 43 cas (52,4%).

Conclusion : Notre taux de mortalité élevé pourrait s'expliquer par la gravité du traumatisme. L'HSA pourrait représenter une lésion grave notamment si elle s'associe à d'autres lésions intracrâniennes.

Bibliographie: Servadei F, Murray GD, Teasdale GM, et al. Traumatic subarachnoid hemorrhage: demographic . linical study of 750 patients from the European brain injury consortium survey of head injuries. Neurosurgery 2002 ; 50 : 261-7.

P. 230. Intoxications au Baclofène

Auteurs : S.Maaâtouk, H.Ghadhoune, J.Guissouma, F.Ben Aba, A.Triki, H.Brahmi, S.Souissi, M.Samet, H.El Ghord.
Service et Hôpitla : *Service de réanimation médicale Hôpital Habib Bougatfa Bizerte*

Introduction : Le baclofène est un agoniste des récepteurs de l'acide gamma amino-butyrique du système nerveux, inhibant les réflexes mono et polysynaptiques, indiqué dans les troubles musculaires, principalement les contractures musculaires involontaires d'origine cérébrale ou neurologique.Les intoxications au baclofène sont rares, et la littérature ne rapporte que quelques cas .De plus, c'est une molécule de découverte récente et elle ne fait pas partie des substances mises en évidence par les examens toxicologiques de dépistage habituels.

Observation : Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 18 ans, sans antécédents, ramenée par ses parents pour nausées vomissements avec une agitation suivis d'une altération de l'état neurologique.On note dans l'anamnèse que sa mère est suivie sous traitement de fond à base de baclofène (10mg).L'examen aux urgences a objectivé initialement un score de Glasgow à 10/15, pupilles en intermédiaire réflectiques, pas de signes de localisations, une

tension stable à 13/7, FC=60 bpm, bradypnée à 15 cpm, pas de cyanose .En réinterrogeant la famille, la patiente aurait ingéré 41 comprimés de baclofène dosé à 10 mg soit 410 mg.Elle a consulté après H1 d'ingestion.Le lavage gastrique n'a pas été fait.La patiente n'a pas été, initialement, intubée.Devant les éléments en faveur de l'origine toxique, l'aggravation rapide de son état neurologique et l'installation rapide d'un coma hypotonique avec un SG à 3/15 (au bout d'une heure), le recours à la ventilation mécanique s'est avéré nécessaire. A noter que la patiente a vomi au moment de l'intubation. La patiente était transférée, par la suite, au service de réanimation. Elle était sédatée. Une hyperhydratation avec apport des électrolytes ont été mis en route. La biologie était correcte avec une natrémie à 144 mmol/l une kaliémie à 4.1 mmol/lPas de rhabdomyolyse avec des CPK à 74, créat à 58 et urée à 0.25.La sédation est arrêté au bout de 24 heures. Le réveil s'est fait en mode agité avec des mouvements anormaux des yeux et une tachycardie à 170 bpm.Le retard d'extubation est dû au retard de réveil et l'installation d'une pneumopathie d'inhalation.La patiente a été extubé 7 jours après, avec une bonne évolution sur le plan respiratoire et neurologique.

Discussion : Le baclofène est un médicament neurotrope, la posologie optimale recommandée est de 40 à 80 mg en 3 prises par jour.En cas d'intoxication, l'intubation doit être précoce.Une dose importante de baclofène peut être considérée comme une indication à l'intubation même en absence de coma, compte tenu de l'aggravation rapide de l'état neurologique.Une surveillance étroite de tout patient intoxiqué au baclofène est donc indiqué même en l'absence de signes de gravité initiaux. Le retard de réveil pourrait être expliqué par la complication qui est la pneumopathie d'inhalation.

Conclusion : L'élargissement des indications du baclofène au traitement de l'indépendance alcoolique a augmenté sa prescription et donc la fréquence des intoxications.Les symptômes sont principalement neurologique avec une dépression respiratoire.En dehors de l'insuffisance rénale, le pronostic est généralement favorable.Les complications surviennent si la dose ingérée est au-delà de 200 mg.

P. 231. Insuffisance rénale aigue : Incidence et impact sur les pneumopathies aiguës communautaires

Auteurs : S.Maaâtouk, H.Ghadhoune, J.Guissouma, F.Ben Aba, A.Triki, H.Brahmi, S.Souissi, M.Samet, H.El Ghord.
Service et Hôpitla : *Service de réanimation médicale Hôpital Habib Bougatfa Bizerte*

Introduction : L'insuffisance rénale aigue (IRA) est un facteur de risque de mortalité dans les pneumopathies aigues communautaires (PAC) mais peu d'études ont montré cette notion. Objectif : nous avons étudié l'impact de l'IRA sur la mortalité au cours de la pneumopathie aigue communautaire en milieu de réanimation.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive, étendue sur une période de 3 ans et 8 mois (entre janvier 2014 et aout 2017) réalisée dans l'unité de réanimation (6 lits de capacité) de l'hôpital Habib Bougatfa Bizerte (341 lits).

Tous les patients admis pour PAC et ayant séjourné au moins 24h avec un âge supérieur à 18 ans ont été inclus. Les patients ayant une insuffisance rénale chronique ont été exclus. Les patients étaient classés en 2 groupes //

- **G1 :** PAC + IRA
- **G2 :** PAC sans IRA

L'IRA était définie comme étant l'élévation récente et significative de la créatinine avec fonction rénale antérieure normale.

Le critère de jugement primaire est la mortalité. Les critères de jugement secondaire sont // le recours à la ventilation mécanique, le recours aux drogues vaso-actives et l'incidence des complications.

Les données épidémiologiques, cliniques et évolutives ont été recueillies et une étude statistique descriptive et analytique a été réalisée (à l'aide du logiciel SPSS 21)

Résultats : 32 patients ont été colligés et répartis en 2 groupes : 25 patients dans le groupe1 et 7 patients dans le groupe 2. Les caractéristiques sociodémographiques, cliniques, et évolutives sont notées dans le tableau1.

La mortalité, était plus importante dans le G1 68% vs 42,9% dans le groupe 2 mais était statistiquement non significative. En analyse uni variée, les facteurs de risques significatifs de mortalité dans le cadre de PAC étaient SAPS II, l'EDC et la VM qui étaient des facteurs liés de façon significative à la mortalité (Tableau 2)

On note que l L'insuffisance rénale aigue n'est pas sortie comme un facteur de risque dans notre cohorte avec un p très proche de la significativité p=0,057

Commentaires et conclusion : Le fait que l'IRA n'est pas sortie comme facteur de risque de mortalité est dû probablement à la taille de l'échantillon, et le fait qu'elle soit une étude rétrospective.

Il faut noter que les groupes 1 et 2 ne sont pas homogènes .Le groupe 1 est plus grave. Le score SAPS II y est plus élevé. Le recours à la ventilation mécanique, l'état de choc et la dialyse sont plus importants avec une prédominance des formes graves de pneumopathie (tableau 3).

Faire une étude prospective avec un échantillon plus important serait de grand apport.

TABLEAU 1

	G1 (25/78,2%)	G2 (7/12,88%)	P
Age (médiane)	63	51	0.84
Sexe	81,5%	18,5%	0.90
Diabète	90%	10%	0.55
HTA	85,7%	14,3%	0.74
SAPSII	47,7	34,14	0.004
APACHE II	25	23,28	0.054
VM	77,8%	21,9%	0.03
Durée de séjour (j)	20,5	35	0,66
EDC	83,3%	16,7%	0.018
Dialyse	100%	0%	0.011
Complication	60%	42,9%	0.12
Créat(mmol/l)	306	62,85	0.057
Issue (décès)	68%	42,9%	0.22

TABLEAU 2

	G1	G2	p
SAPSII	47,7	34,14	0.004
VM	77,8%	21,9%	0.03
EDC	83,3%	16,7%	0.018

TABLEAU 3

	G1	G2
Classe II	0%	100%
Classe III	85,7%	14,3%
Classe IV	86,7%	13,3%
Classe V	100%	0%

GE Healthcare

CARESCAPE R860



Physical Specifications

Dimensions

Height:	48.85 cm/19.2 in (Display down) 73.8 cm/29.1 in (Display up)
Height including cart:	126.82 cm/49.9 in (Display down) 151.77 cm/59.8 in (Display up)
Width:	38 cm/15 in
Depth:	36 cm/14 in
Weight:	31 kg/68.0 lb (not including cart); 78 kg/171.2 lb (including cart)

Display motion

Vertical tilt:	162.1° in raised position 47.6° in lowered position
Height adjustment:	24.95 cm/9.8 in

Key:

Available only when Adult patient type is selected

Available only when Pediatric patient type is selected

Available only when Neonatal patient type is selected

Note: Ranges and Settings without an icon pertain to all patient types unless otherwise stated.

Modes of Ventilation

A/C VC (Volume Control)

A/C PC (Pressure Control)

A/C PRVC (Pressure Regulated Volume Control)

SIMV VC (Synchronized Intermittent Mandatory Ventilation, Volume Control)

SIMV PC (Synchronized Intermittent Mandatory Ventilation, Pressure Control)

CPAP/PS (Continuous Positive Airway Pressure/ Pressure Support)

SBT (Spontaneous Breathing Trial)

APRV* (Airway Pressure Release Ventilation)

BiLevel* (BiLevel Airway Pressure Ventilation)

BiLevel VG* (BiLevel with Volume Guarantee)

SIMV PRVC* (Synchronized Intermittent Mandatory Ventilation, Pressure Regulated Volume Control)

VS* (Volume Support)

NIV* (Non-invasive Ventilation)

nCPAP* (Nasal Continuous Positive Airway Pressure)

**Optional*

Control and Ranges

Maximum peak flow:
30 L/min
100 L/min
208 L/min

Flow:
0.2 to 30 L/min
2 to 72 L/min
2 to 160 L/min

Incremental settings:
0.2 to 5 L/min (increments of 0.1 L/min)
5 to 30 L/min (increments of 0.5 L/min)
2 to 40 L/min (increments of 1 L/min)
40 to 72 L/min (increments of 2 L/min)
2 to 40 L/min (increments of 1 L/min)
40 to 160 L/min (increments of 5 L/min)

FiO_2:
21 to 100% O_2

Rate:
3 to 150 breaths per minute for A/C VC, A/C PC, A/C PRVC and BiLevel (increments of 1 breath per minute)
3 to 120 breaths per minute for A/C VC, A/C PC, A/C PRVC and BiLevel (increments of 1 breath per minute)
2 to 60 breaths per minute for SIMV VC, SIMV PC, SIMV PRVC and BiLevel VG (increments of 1 breath per minute)
1 to 60 breaths per minute for SIMV VC, SIMV PC, SIMV PRVC and BiLevel VG (increments of 1 breath per minute)
Off, 1 to 30 breaths per minute for nCPAP (increments of 1 breath per minute)

Minimum rate:
1 to 60 breaths per minute for VS (increments of 1 breath per minute)
2 to 60 breaths per minute for VS (increments of 1 breath per minute)
Off, 1 to 60 breaths per minute for CPAP/PS (increments of 1 breath per minute)
Off, 1 to 40 breaths per minute for NIV (increments of 1 breath per minute)

Inspiratory/ expiratory ratio:
1:9 to 4:1 (ventilator setting)
1:199 to 40:1 in BiLevel and APRV
1:79 to 60:1 in BiLevel and APRV

Tidal volume range:
2 to 50 mL
20 to 300 mL
100 to 2000 mL

Incremental settings:
2 to 20 mL (increments of 0.1 mL)
20 to 50 mL (increments of 0.5 mL)
For A/C VC, A/C PRVC, SIMV VC, SIMV PRVC, BiLevel VG, and VS
20 to 50 mL (increments of 0.5 mL)
50 to 100 mL (increments of 1 mL)
100 to 300 mL (increments of 5 mL)
For A/C VC, A/C PRVC, SIMV VC, SIMV PRVC, BiLevel VG, and VS
100 to 300 mL (increments of 5 mL)
300 to 1000 mL (increments of 25 mL)
1000 to 2000 mL (increments of 50 mL)
For A/C VC, A/C PRVC, SIMV VC, SIMV PRVC, BiLevel VG, and VS

Patient weight:
0.25 to 1 kg (increments of 0.01 kg)
1 to 7 kg (increments of 0.1 kg)
7 to 10 kg (increments of 0.5 kg)
0.5 to 2 lb (increments of 0.02 lb)
2 to 15 lb (increments of 0.2 lb)
15 to 22 lb (increments of 1 lb)
4 to 7 kg (increments of 0.1 kg)
7 to 15 kg (increments of 0.5 kg)
15 to 60 kg (increments of 1 kg)
8 to 15 lb (increments of 0.2 lb)
15 to 34 lb (increments of 1 lb)
34 to 132 lb (increments of 2 lb)
20 to 100 kg (increments of 1 kg)
100 to 200 kg (increments of 2 kg)
44 to 220 lb (increments of 2 lb)
220 to 440 lb (increments of 5 lb)

Inspiratory pressure (P_{insp}) range:
1 to 98 cm H_2O (increments of 1 cm H_2O)
1 to 30 cm H_2O (increments of 1 cm H_2O) in NIV
1 to 25 cm H2O (increments of 1 cm H2O) in nCPAP

P_{high}:
1 to 98 cm H_2O (increments of 1 cm H_2O)

P_{low}:
Off, 1 to 50 cm H_2O (increments of 1 cm H_2O)

Pressure limit (P_{limit}) range:
7 to 100 cm H_2O for A/C VC and SIMV VC (increments of 1 cm H_2O)

P_{min}:
2 to 20 cm H_2O (increments of 1 cm H_2O)

Max. inspiratory pressure (P_{max}) range:
7 to 100 cm H_2O (increments of 1 cm H_2O)
9 to 100 cm H_2O (increments of 1 cm H_2O) in NIV and nCPAP

PEEP:	Off, 1 to 50 cm H_2O (increments of 1 cm H_2O)
	2 to 15 cm H_2O (increments of 1 cm H_2O) in nCPAP
	2 to 20 cm H_2O (increments of 1 cm H_2O) in NIV
Inspiratory time:	0.1 to 10 sec 0.1 to 2 sec in nCPAP 0.1 to 1 sec (increments of 0.01) 1 to 4 sec (increments of 0.1) 4 to 10 sec (increments of 0.25)
	0.25 to 15 sec 0.25 to 5 sec in NIV 0.25 to 1 sec (increments of 0.05) 1 to 4 sec (increments of 0.1) 4 to 15 sec (increments of 0.25)
T_{high}:	0.1 to 10 sec 0.1 to 1 sec (increments of 0.01) 1 to 4 sec (increments of 0.1) 4 to 10 sec (increments of 0.25)
	0.25 to 15 sec 0.25 to 1 sec (increments of 0.05) 1 to 4 sec (increments of 0.1) 4 to 15 sec (increments of 0.25)
T_{low}:	0.25 to 18 sec 0.25 to 1 sec (increments of 0.01) 1 to 4 sec (increments of 0.1) 4 to 18 sec (increments of 0.25)
	0.25 to 18 sec 0.25 to 1 sec (increments of 0.05) 1 to 4 sec (increments of 0.1) 4 to 18 sec (increments of 0.25)
T_{supp}:	0.1 to 0.8 sec (increments of 0.01)
	0.25 to 1.5 sec 0.25 to 1 sec (increments of 0.05) 1 to 1.5 sec (increments of 0.1)
	0.25 to 4 sec 0.25 to 1 sec (increments of 0.05) 1 to 4 sec (increments of 0.1)
Expiratory time:	0.25 to 59.75 sec
	0.25 to 29.9 sec Invasive vent modes
	0.5 to 59.75 sec for NIV
Rise time:	0 to 500 ms of inspiratory period for pressure depending on the mode selected. Active in APRV, A/C PC, A/C PRVC, SIMV PC, SIMV PRVC, BiLevel VG, NIV and BiLevel (increments of 50 ms)
PS Rise Time:	0 to 500 ms of inspiratory period for pressure supported breaths only. Active in SIMV VC, SIMV PC, SIMV PRVC, CPAP/PS, BiLevel VG, BiLevel and VS (increments of 50 ms)
Trigger window:	80% of expiration time
Insp Trigger, flo :	0.2 to 1 L/min (increments of 0.05 L/min) 1 to 3 L/min (increments of 0.1 L/min) 3 to 9 L/min (increments of 0.5 L/min)
	1 to 3 L/min (increments of 0.1 L/min) 3 to 9 L/min (increments of 0.5 L/min)
Insp Trigger, pressure:	–10 to –3 cm H_2O (increments of 0.5 cm H_2O) –3 to –0.25 cm H_2O (increments of 0.25 cm H_2O)
Bias flow rate:	2 to 10 L/min (increments of 0.5 L/min)
	2 to 15 L/min (increments of 0.5 L/min) for nCPAP
	8 to 20 L/min for NIV (increments of 0.5 L/min)
Insp. pause:	0 to 75% of inspiration time (increments of 5%)
T_{pause}:	0 to 7.5 sec 0 to 1 sec (increments of 0.05) 1 to 4 sec (increments of 0.1) 4 to 7.5 (increments of 0.25)
	0 to 11 sec 0 to 1 sec (increments of 0.05) 1 to 4 sec (increments of 0.1) 4 to 11 (increments of 0.25)
Pressure support from PEEP level:	0 to 60 cm H_2O for SIMV VC, SIMV PC, SIMV PRVC, BiLevel, BiLevel VG and CPAP/PS (increments of 1 cm H_2O)
	0 to 30 cm H_2O for NIV (increments of 1 cm H_2O)
Expiratory Trigger:	5 to 80% of peak flow for NIV, SIMV VC, SIMV PC, SIMV PRVC, BiLevel, BiLevel VG, VS and CPAP/PS (increments of 5%)

Alarm Settings

Tidal volume:	Low:	Off, 1 to 1950 mL
	High:	3 to 2000 mL, Off
Minute volume:	Low:	0.01 to 40 L/min
	High:	0.02 to 99 L/min
Respiratory rate:	Low:	Off, 1 to 99/min
	High:	2 to 150/min, Off
Inspired oxygen (FiO_2):	Low:	18 to 99%
	High:	24 to 100%, Off
P_{max}:	High:	7 to 100 cm H_2O 9 to 100 cm H_2O in NIV and nCPAP
P_{peak}:	Low:	1 to 97 cm H_2O
$PEEP_e$:	Low:	Off, 1 to 20 cm H_2O
	High:	5 to 50 cm H_2O, Off
$PEEP_i$:	High:	1 to 20 cm H_2O, Off
P_{limit}:		7 to 100 cm H_2O
Apnea alarm:		5 to 60 sec
Circuit leak:		10 to 90%, Off
EtO_2:	Low:	Off, 10 to 99%
	High:	11 to 100%, Off
$EtCO_2$:	Low:	Off, 0.1 to 14.9% Off, 0.5 to 114.5 mmHg
	High:	0.2 to 15%, Off 1 to 115 mmHg, Off
Ventilation soft limit indicators:		When adjusting selected ventilator parameters, color indicators show when parameters are approaching their setting limits.
Parameters with soft limits:		P_{max}, PEEP, P_{insp}, PS, T_{insp}, RR, I:E, P_{high}, P_{min}, P_{low}, T_{high} and T_{low}

Alarm System

Escalating alarms:	High priority alarms escalate to a higher pitch if unattended for specified time
Adjustable to:	0, 10, 20 and 30 sec, Off
Auto limits:	Alarm limits calculated on the current measured values for selected parameters

Procedures

Suction

Program routine:	Automatic
Pre-oxygenation:	≤ 2 minutes with 100% O_2 with automatic disconnection detection*
Standby pause:	≤ 2 minutes with automatic patient (re-connection) detection
Post-oxygenation:	≤ 2 minutes with 100% O_2*

Note: FIO_2 can be set to level other than 100%

**Note: 5 to 75% above current FiO2 setting*

Manual breath

Auto PEEP (includes $PEEP_i$ Volume)

Lung Mechanics:	PØ.1 NIF Vital Capacity
Inspiratory hold:	2 to 15 sec (increments of 1 sec) 15 to 40 sec (increments of 5 sec)
Expiratory hold:	2 to 20 sec (increments of 1 sec) 20 to 60 sec (increments of 5 sec)

Spontaneous Breathing Trial (SBT)
(Adjustable range: 15 min, 30 min, 45 min, 1 h, 1.5 h, 2 h, 4 h, 6 h, 8 h, 12 h)

Spirometry

Data source:	Ventilator or Compact Airway Module (E-COV, E-COVX, E-CAiOV, E-CAiOVX, E-sCOV, E-sCAiOV) Ventilator or Neonatal Flow Sensor
Loop types:	Pressure-Volume, Pressure-Flow and Flow-Volume
Saved loop:	Up to six loops can be saved
Reference loop:	A saved loop can be selected as the reference loop to compare with the current loop being displayed
Cursor:	Freezes current loops and provides numeric display of X and Y axis as cursor moves across loops
Pulmonary mechanics:	P_{peak}, P_{plat}, P_{mean}, $PEEP_e$, $PEEP_i$, VT_{insp}, VT_{exp}, MV_{insp}, MV_{exp}, Compliance and Resistance, I:E

Auxiliary Pressure

Auxiliary pressure (P_{aux}):	Measured range: -20 to +120 cm H_2O Alarm range: 12 to 100 cm H_2O
Purge flow:	Low flow to clear the P_{aux} line, can be turned Off

SpiroDynamics (optional)

Note: Not available when Neonatal patient type is selected

- Tracheal Pressure – Volume loop displayed
- Dynostatic Curve displays calculated alveolar pressure
- Tracheal pressure measured via GE's intratracheal pressure sensor
  - Connects directly to CARESCAPE R860's auxiliary pressure port
- 3 point compliance measurement
  - at 5-15% of the breath
  - at 45-55% of the breath
  - at 85-95% of the breath
- Store up to 6 SpiroDynamic loops
- Store up to 6 Dynostatic curves
- Overlay loops and/or curves over current loop
- Cursor available across all displayed loops and curves
  - Pressure and volume values displayed at cursor position
- P_{peak}, $PEEP_e$, Compliance and Pmean

FRC INview (optional)

Note: Not available when Neonatal patient type is selected

- Functional Residual Capacity measurement
  - Wash-in and Wash-out method provides 2 separate FRC measurements
- FRC displayed both numerically and graphically
- The most recent 5 FRC procedures displayed
- $PEEP_e$,C_{stat} and $PEEP_i$ displayed with each FRC
- Trend Log records:
  - FRC measurements
  - Ventilator settings and procedures that may affect the FRC procedure
- Programmable time intervals for automatic FRC measurements

PEEP INview (available with FRC INview)

Note: Not available when Neonatal patient type is selected

- Measures FRC at up to 5 different PEEP levels
- Graphic and numeric display of FRC values
- User selectable beginning and ending PEEP levels
  - Ventilator evenly spaces additional PEEP levels
  - PEEP levels can either increase or decrease
- $PEEP_e$,C_{stat} and $PEEP_i$ displayed during each FRC measurement

Lung INview (available with SpiroDynamics and FRC INview)

Note: Not available when Neonatal patient type is selected

- Integrates SpiroDynamics and FRC INview within the PEEP INview procedure
- Measures the amount of volume between the Dynostatic curves at each FRC measurement
- Estimate of recruitment volume

Vent Calculations

Note: Not available when Neonatal patient type is selected

Data from CARESCAPE R860 and external lab results are used to provide the following values:

- PAO_2 – Alveolar partial pressure of oxygen
- $AaDO_2$ –Alveolar arterial oxygen difference
- Pa/FiO_2 – Oxygenation index
- PaO_2/PAO_2 – Alveolar arterial oxygen pressure difference
- CO – Cardiac output
- OI – Oxygen Index
- SpO_2/FiO_2 – Saturation FiO_2 Ratio
- Vd/Vt – Dead space ventilation
- Vd – Dead space volume
- VA – Alveolar ventilation

Non-Invasive Ventilation (NIV) (optional)

Mask ventilation: Yes

Integrated unique leak recognition algorithm

Automatic Patient Detection (APD)

Patient re-connection: Automatic detection in standby

Detection by: Back pressure to Bias-flow

100% O_2 ($\uparrow O_2$)

Delivers 5 to 75% above current FiO_2 setting for ≤ 2 minutes

Delivers 100% O_2 for ≤ 2 minutes

Can be adjusted to other O_2%

Take Snapshot

Immediate capture and storage of critical data currently on the CARESCAPE R860's display

Stored data:	All available waveform data (15 or 30 seconds) Alarm messages (Currently active Alarm messages) All measured parameters All set ventilator parameters
Maximum stored Snapshots:	10 most recent
Cursor:	Ability to cursor across waveforms for specific measured values

Ventilator Preferences

Backup Mode:	Establishes the specific ventilator mode and parameters used in the event that the ventilator switches to Backup ventilation
Tube Compensation:	Allows control and setting of the airway resistance compensation
Assist Control:	Allows the user to turn the Assist Control capability On or Off
Leak Compensation:	Allows the user to turn the Leak Compensation capability On or Off
Trigger Compensation:	Allows the user to turn On or Off compensation for flo triggering

Tube Compensation

Note: Not available when Neonatal patient type is selected

Type of compensation:	Electronic tube compensation
Compensation for:	Endotracheal and tracheostomy tubes
Tube diameter:	5 to 10 mm
Level of compensation:	25 to 100%

Mode Families

Allows user adjustment to specify certain parameters that align with the hospital's current ventilator usage.

Adjustable parameters:	Flow and Inspiratory timing
Family 1:	Flow control is On/Insp. Timing is I:E
Family 2:	Flow control is Off/Insp. Timing is I:E
Family 3:	Flow control is On/Insp. Timing is T_{insp}
Family 4:	Flow control is Off/Insp. Timing is T_{insp}
Family 5:	Flow control is On/Insp. Timing is T_{pause}

Ventilator Monitoring

Airway pressure	−20 to +120 cm H_2O
Patient flow	0.1 to 32 L/min 1 to 200 L/min
Tidal volume	0.5 to 1,000 mL with the Neonatal Flow Sensor 1 to 1,000 mL without the Neonatal Flow Sensor 5 to 2,500 mL
Minute volume	0 to 99.9 L/min
CO_2	0 to 15%/0 to 113 mmHg
Compliance	0.1 to 150 mL/cm H_2O
Resistance	1 to 500 cm H2O/L/s
RQ	0.6 to 1.2
VO_2	20 to 1000 mL/min
VCO_2	20 to 1000 mL/min
Rate	0 to 150 breaths per minute (increments of 1 breath per minute) 0 to 120 breaths per minute (increments of 1 breath per minute)
FiO_2	10 to 100%
Rapid Shallow Breathing Index (RSBI)	1 to 999 bpm/L

Oxygen Monitoring

Technology:	Dynamic Paramagnetic Oxygen monitoring system
Life span:	Non-depleting technology

Screen

Display type:	38 cm/15 inch touch screen full color LCD adjustable viewing angle
Waveforms in screen:	Up to four at a time
Waveform parameters:	Pressure, flow, volume, CO_2, O_2 and auxiliary pressure
Graphic scaling:	Automatic scaling for optimal size or independent scaling
Data:	Control parameters, patient data, alarm settings and messages
Status indicator:	Ventilation mode, battery level, clock
Favorites:	9 procedure Hyperlink shortcuts to choose from 4 selectable at one time

Ventilator Monitoring Accuracy**

Pressure readings:	±2 cm H_20

** Pressure reading accuracy may decrease with use of HME*

Volume readings:	±10% or ±1 mL, whichever is greater (with proximal neonatal flo sensor) ±10% or ±5 mL, whichever is greater without proximal neonatal flo sensor ±10% or ±10 mL, whichever is greater
O_2 concentration monitor:	±2.95%

Note that these values are only true if you do not have a leak and have no pneumatic nebulizer flow.

Delivery Accuracy**

Inspired pressure control:	±2 cm H_2O
Oxygen – Air mixing:	±2.95% V/V of setting
Tidal volume delivery:	±10% of setting or ±1 mL, whichever is greater (with proximal neonatal flo sensor) ±10% of setting or ±5 mL, whichever is greater

Nebulization

Nebulizer:	Aeroneb Nebulizer System built-in
Nebulizer technology:	Electronic micro pump
Nebulizer run time:	7, 8, 11, 16, 21, 26, 32 min Continuous (Aeroneb Solo only)
Nebulizer delivery volume:	Volumes correspond to time settings; 2.5, 3, 4, 6, 8, 10, 12 respectively.
Particle size:	Average 3.1 microns MMAD (MMAD = "Mass Median Aerodynamic Diameter")
Residual volume:	Average < 0.1 mL

Performance may vary depending upon the type of drug used. For additional information contact Aerogen or drug supplier.

Pnuematic nebulizer

Flow compensation:	1 to 4 L/min (increments of 0.5 L/min) 1 to 12 L/min (increments of 0.5 L/min)

Monitor Module

Compact airway module compatibility:	E-CO, E-COV, E-COVX, E-CAiO, E-CAiOV, E-CAiOVX, E-miniC, E-sCO, E-sCOV, E-sCAiO, E-sCAiOV

Note: The CARESCAPE R860 does not utilize the Ai, (inhaled anesthesia) feature of the compact airway modules at this time.

Note: The CARESCAPE R860 does not utilize any of the compact airway modules when the Neonatal Option is in use.

Trends

Trend data:	Set parameters and measured data
Trend styles:	Measured and graphic
Maximum trending:	72 hours
Trend scaling:	15 min, 30 min, 45 min, 1 h, 1.5 h, 2 h, 4 h, 6 h, 8 h
Resolution:	1 minute intervals

External Communications

Communication ports:	2 Serial port (RS-232), RS-422 port (service support), nurse call

*** Ventilation delivery specifications requirements:*

- *Operating at ISO 80601-2-12 patient conditions*

Electrical Specifications

Line supply

Line voltage:	85 to 132 Vac, 47/63 Hz 190 to 264 Vac, 47/63 Hz
Power consumption:	< 200 VA

Battery supply

Back-up battery:	Built-in
Type:	Lead acid gel
Battery back-up time:	Up to 85 minutes, 30 minute minimum, battery fully charged

Gas supply

Single gas operation:	Yes
Emergency air valve:	Built-in

Oxygen supply

Pressure range:	240 to 650 kPa/35 to 94 psi
Flow:	160 L/min

Air supply

Pressure range:	240 to 650 kPa/35 to 94 psi
Flow:	160 L/min

Environmental Specifications

Thermal

Operating range:	10° to 40°C
Storage range:	–20° to 60°C

Humidity

Operating range:	15 to 95% RH Non-condensing
Storage range:	15 to 75% RH Non-condensing

Vibration and shock

System complies with ISO 80601-2-12:2011.

Altitude

Operating range:	–400 to 3000 m/525 to 800 mmHg
Storage range:	–400 to 5860 m/375 to 800 mmHg

GE Healthcare
P.O. Box 7550
Madison, WI 53707-7550
www.gehealthcare.com

GE Healthcare is a subsidiary of the General Electric Company. The GE brand, logo and Lumination are trademarks of the General Electric Company. © 2014 GE Healthcare. The USG brand & Logix are trademarks of USG Interiors, LLC. Information provided is subject to change without notice. All values are design or typical values when measured under laboratory conditions.

DOC1552491

adhe-els

Partenaire de Santé
Healthcare Partner

Kit cathéter veineux central

Central venous catheter set



Adhe-VENOS®

Mono lumen
Double lumen
Triple lumen

L'innovation est notre mission

adhe-els
Km 128 - Zone industrielle Kalaa Kébira 4060 Sousse - Tunisie - B.P. 454
Tél.: (+216) 73 342 600 / Service Client (+216) 73 342 400
Fax : (+216) 73 342 550
Web : www.adhe-els.com
email : contact@adhe-els.com.tn

UNE PRISE PAR JOUR

INVANZ

(ertapénème, MSD)

Un spectre adapté, Un choix intelligent.



Feb 2018 - AINF-1210938-0000

Avant de prescrire, pour des informations complètes, consulter le RCP.

MSD
Be well

Copyright ® 2014 Merck Sharp & Dohme Corp., a subsidiary of Merck & Co., Inc.,
Whitehouse Station, NJ, USA. All rights reserved.

Représentant local
MEDICIS
INFORMATION MEDICALE
25 Rue 8603 Z.I La Charguia 1 - 2035 Tunis Carthage
Tél : +216 71 808 002 - Fax : +216 71 807 002