

## Neurologie

### Neurology

#### SRLF 2015

© SRLF et Lavoisier SAS 2014

#### EP111

### Effets de la dexmédétomidine sur l'agitation des patients au cours du sevrage des sédations

A Jobard<sup>1</sup>, A Chiche<sup>1</sup>, D Thellier<sup>1</sup>, PY Delannoy<sup>1</sup>, N Boussekey<sup>1</sup>, A Meybeck<sup>2</sup>, H Georges<sup>1</sup>, O Leroy<sup>1</sup>

1. Réanimation, Centre Hospitalier de Tourcoing, Tourcoing

2. Réanimation et maladies infectieuses, Centre Hospitalier de Tourcoing, Tourcoing

**Introduction :** Les sédations utilisées traditionnellement en Réanimation (benzodiazépine et morphinique) entraînent des effets adverses : prolongation de la durée de ventilation mécanique (1), délirium et syndrome de stress post traumatique.

Le sevrage des sédations en vue d'un sevrage de ventilation mécanique est une phase inévitable. Cette période est délicate, les patients peuvent présenter un syndrome de sevrage qui nécessitera parfois la réintroduction d'une benzodiazépine et/ou d'un morphinique.

Nous avons étudié si la dexmédétomidine, un alpha 2 agoniste, pouvait être une alternative, de par ses propriétés spécifiques (sédation coopérative, légère, pas de dépression respiratoire) à la réintroduction des sédations dans ce contexte.

**Patients et Méthodes :** étude observationnelle prospective ouverte et non comparative de Janvier 2014 à Aout 2014 dans le service de réanimation polyvalente.

Les patients inclus étaient les patients intubés ou trachéotomisés et ventilés considérés comme sevrables de la ventilation mécanique. À l'arrêt des sédations ils étaient éligibles pour l'étude si leur score RASS >1 (2). L'objectif via un protocole de sédation était d'obtenir un RASS entre -3 et 0.

La dexmédétomidine était débutée au débit de 0,4 µg/kg/h. Si le score RASS n'était pas atteint, l'infirmière augmentait le débit délivré de 0,1 µg/kg/h toutes les 45 minutes, jusque la dose maximale de 1,4 µg/kg/h. Les modalités d'analgésie suivaient les recommandations de la conférence de consensus SFAR/SRLF de 2007 sur la sédation et l'analgésie en réanimation : Analgésie intraveineuse multimodale standard et morphiniques.

La douleur était évaluée au moyen de plusieurs échelles : *Behaviour Pain Scale* (BPS) si le patient n'était pas en mesure de communiquer et Échelle visuelle analogique le cas contraire.

Les caractéristiques relevées étaient :

Les paramètres cliniques habituels, l'indication initiale et la durée de ventilation mécanique. Les paramètres de ventilation. Le score de RASS, les sédatifs utilisés et leur posologie sur les 24 dernières heures,

la dose de dexmédétomidine quotidienne délivrée et la durée de sédation par dexmédétomidine. L'utilisation nécessaire ou non de drogues sédatives additionnelles, les médicaments analgésiques et leurs consommations sur les 24 dernières heures puis sous dexmédétomidine.

L'évaluation de la sédation par l'infirmière jugée adéquate, trop profonde ou insuffisante.

Les éventuels incidents survenus étaient relevés.

Nous avons défini la qualité de sédation comme le temps de sédation où le score RASS obtenu était compris entre -3 et 0. La durée nécessaire à l'obtention du RASS cible était analysée. Le médicament était jugé efficace si le RASS cible était obtenu dans les trois premières heures suivant son administration.

Les résultats étaient exprimés en médiane (écart interquartile) ou en moyenne ± déviation standard selon la distribution de la variable étudiée.

**Résultats :** Quinze étaient patients inclus. Le score IGS2 moyen était de 43 (15,5). La durée moyenne de ventilation avant la mise sous dexmédétomidine était de 11 jours (10,5). La durée moyenne de sédation par dexmédétomidine était de 28h (21,5). La dose moyenne par patient était de 0,5 µg/kg/h ± 0,13. Le temps moyen pour obtenir le RASS cible était de 60 min (15). Le RASS relevé correspondait au RASS cible pour 90 % (7,5) du temps total de sédation par Dexmédétomidine. Elle réduit significativement le score RASS de 2,07±0,25 à -0,14±1,36 ; p<0,05 dans l'heure suivant son administration. Les effets secondaires relevés étaient : une auto-extubation (sans nécessiter de réintubation), une hypotension artérielle (75/40), un ileus et une bradycardie à 38/min.

**Conclusion :** Par la sédation participative qu'elle procure, la dexmédétomidine semble réduire l'agitation de nos patients, représentant ainsi une nouvelle aide pour le sevrage de la ventilation mécanique. La maniabilité paramédicale nous est apparue aisée, mais son utilisation nécessite une bonne connaissance de ses effets adverses.

Afin de préciser l'intérêt de cette molécule, et de pallier aux évidentes limites de notre étude (faible échantillon), une étude prospective avec un effectif plus important nous apparaît nécessaire.

#### Références

1. Kollef MH, Levy NT, Ahrens TS, Schaiff R, Prentice D, Sherman G. The use of continuous i.v. sedation is associated with prolongation of mechanical ventilation. *Chest* 1998;114:541-8.
2. Sessler CN, Gosnell MS, Grap MJ, Brophy GM, O'Neal PV, Keane KA, et al. The Richmond Agitation-Sedation Scale: validity and reliability in adult intensive care unit patients. *Am J Respir Crit Care Med* 2002; 166:1338-44

#### EP112

### Pronostic vital et fonctionnel à long terme des patients ventilés dans les suites d'un accident vasculaire cérébral

P Bouvet<sup>1</sup>, B Pons<sup>2</sup>, S Guyomarc'h<sup>3</sup>, P Gery<sup>3</sup>, D Page<sup>3</sup>, E Diconne<sup>3</sup>, F Zeni<sup>3</sup>, M Darmon<sup>3</sup>

SRLF 2015 (✉)

48 avenue Claude Vellefaux, F-75010 Paris  
e-mail : www.srlf.org

1. Département anesthésie réanimation, Centre Hospitalier Universitaire de Saint-Étienne, Saint-Priest-en-Jarez

2. Réanimation - Grands Brûlés, CHU Pointe à Pitre - Abymes, Pointe à Pitre

3. Réanimation polyvalente, Centre Hospitalier Universitaire de Saint-Étienne, Saint-Priest-en-Jarez

**Introduction :** Le pronostic des patients admis en réanimation au décours d'un accident vasculaire cérébral et nécessitant la ventilation mécanique reste incertain [1,2]. La plupart des études réalisées portaient sur des effectifs limités de patients ou ne rapportaient pas le pronostic fonctionnel [1,2]. L'objectif de ce travail était d'évaluer le pronostic vital et fonctionnel à long terme de ces patients.

Les résultats portant sur la mortalité en réanimation avaient été présentés au congrès de la SRLF 2013. Cet abstract rapporte les résultats définitifs.

**Patients et Méthodes :** étude de cohorte monocentrique rétrospective menée dans notre unité de réanimation polyvalente entre Janvier 1994 et Décembre 2008. L'ensemble des patients adultes admis en réanimation et nécessitant la ventilation mécanique au décours d'un AVC ischémique, hémorragique ou d'une hémorragie méningée a été inclus dans cette étude. Le pronostic fonctionnel a été évalué à partir du score de Rankin modifié allant de 0 (absence de symptômes) à 6 (décès). Un score supérieur à 3 témoignait de séquelles lourdes et d'une évolution défavorable.

Les résultats sont rapportés en médiane (IQR) ou n (%). Les facteurs associés au pronostic ont été évalués à l'aide d'une régression logistique pas à pas descendante.

**Résultats :** 274 patients ont été inclus dans cette étude dont 61 patients (22.3 %) présentant un AVC ischémique (AVCi), 57 patients (20.8 %) un AVC hémorragique (AVCh) et 156 patients (56.9 %) une hémorragie méningée (HSA). Cent dix-sept étaient de sexe masculin (42.7 %) et l'âge médian était de 55 ans (45-66). Douze AVCi (19.6 %) étaient d'origine embolique, 107 des patients (68.6 %) ayant une HSA avaient un score de Fischer IV et 20 patients (35.1 %) ayant un AVCh avaient un traitement anticoagulant préalable.

La sévérité à l'admission évaluée par l'IGSII était de 45 (36-55). 195 patients (71.4 %) ont nécessité la ventilation mécanique en raison du coma. Cent quarante-trois patients (52.2 %) ont nécessité l'utilisation de vasopresseurs et six (2.2 %) une épuration extra-rénale.

La mortalité hospitalière était de 52,5 % (144 patients) et ne différait pas selon le type d'AVC (52,4 % pour les AVCi, 66,6 % pour les AVCh et 47,4 % pour les HSA ; P=0.84).

Le devenir à 1 an, évalué à l'aide du score de RANKIN modifié, était majoritairement défavorable avec un score de RANKIN médian à 6 (IQR 2-6). Le devenir à 1 an était plus souvent favorable en cas d'HSA (5 [2-6]) que chez les patients avec AVCi (6 [4-6]) ou AVCh (6 [4-6]) (P<0.001).

De même, au sein des survivants, les séquelles étaient moindres en cas d'HSA puisque 61 patients avec HSA avaient une évolution neurologique favorable (39.3 %) contre 13 patients avec un AVCi (21.3 %) et 11 patients avec un AVCh (19.3 %) (P=0.003).

Les facteurs associés à un pronostic défavorable à 1 an sont rapportés dans le Tableau 1.

**Tableau 1**

Variable	OR (IC95 %)	P
SAPSII (/point)	1,08 (1,05-1,11)	<0,0001
Ventilation pour DRA	16,8 (1,44-198,1)	0,03
Sepsis à l'admission	0,24 (0,10-0,55)	0,001
Anisocorie à la prise en charge	17,1 (2,0-146,6)	0,009

Lorsque forcés dans le modèle le type d'AVC ou la période d'admission ne modifiaient pas le modèle et n'étaient pas sélectionnés.

**Conclusion :** Si près de 50 % des patients ventilés au décours d'un accident vasculaire cérébral survivent à leur séjour hospitalier, moins d'un tiers à un pronostic vital et fonctionnel favorable à un an. Les caractéristiques à l'admission, mais pas le type d'AVC, sont les principaux facteurs associés à une évolution défavorable. Enfin, l'admission pour une complication infectieuse est indépendamment associée à une évolution favorable.

#### Références

1. Navarrete-Navarro P et al. Intensive Care Med 2003
2. Berrouschot J et al. Crit Care Med 2000

#### EP113

### Oxygénation cérébrale au cours de l'hémorragie digestive chez le patient cirrhotique sévère : étude pilote par spectrométrie proche-infrarouge

M Mallet<sup>1</sup>, S Tripon<sup>2</sup>, D Luis<sup>3</sup>, M Rudler<sup>2</sup>, D Thabut<sup>2</sup>, N Weiss<sup>4</sup>, Brain-liver Pitié-Salpêtrière study group blips

1. Unité de Soins Intensifs. Service d'Hépatogastro-entérologie du Pr Poynard, CHU Pitié-Salpêtrière, Paris

2. Unité de soins intensifs d'hépatogastroentérologie, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris

3. Réanimation polyvalente, Centre Hospitalier de Château-Thierry, Château-Thierry

4. Unité de réanimation neurologique, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris

**Introduction :** La spectrométrie proche-infra-rouge (Near Infra Red Spectrometry, NIRS) permet la mesure continue de la saturation tissulaire en oxygène de l'hémoglobine (rSO<sub>2</sub>) au travers de la boîte crânienne. Son caractère non invasif et sa simplicité d'utilisation ont permis de montrer, au cours de la chirurgie carotidienne et cardiaque, que des épisodes de désaturation cérébrale étaient associés à un mauvais pronostic neurologique. Au cours de l'hémorragie digestive (HD) sur cirrhose, les seuils transfusionnels ont été revus à la baisse récemment. Cependant, dans différentes agressions cérébrales aiguës, le seuil transfusionnel de 7g/dl a été remis en cause car pouvant majorer une hypoxie tissulaire cérébrale. Il est ainsi possible que la baisse de l'hémoglobine puisse contribuer à une hypoxie/ischémie cérébrale en cas d'HD.

**Objectif :** Suivre l'évolution de l'oxygénation cérébrale au cours de l'HD chez le patient cirrhotique traité en accord avec les recommandations récentes.

**Patients et Méthodes :** Un moniteur NIRS de type INVOS 5100C (Covidien<sup>®</sup>) a été mis en place dès l'admission chez les patients cirrhotiques admis pour HD. Un enregistrement continu de la rSO<sub>2</sub> a été effectué au moyen de 2 capteurs cutanés appliqués sur le front. Sur les 24 premières heures ont été recueillies : les valeurs minimales (rSO<sub>2</sub> mini) et moyennes de rSO<sub>2</sub> (rSO<sub>2</sub> moy). Les caractéristiques de base des patients ont été relevées.

**Résultats :** Douze patients ont été inclus (âge médian=63 ans [56-68], sexe masculin : 85 %, cirrhose alcoolique : 66 %/virale : 34 % ; Child-Pugh A : 9 %/B : 16 %/C : 75 % ; MELD=16,4 [11,6-22,4]) ; cause hémorragie : HTP : 75 %, ulcère : 25 %). L'hémoglobine médiane à l'admission était à 8 g/dL [7-9], et 75 % des patients avaient un nadir d'hémoglobine >7g/dl. Tous les patients présentaient des valeurs de rSO<sub>2</sub> diminuées : rSO<sub>2</sub> mini à 34 % [25-46], rSO<sub>2</sub> moy à 45 % [37-50] et AUC50 % à 1925 min % [131-4094]. Les rSO<sub>2</sub> mini et moy étaient significativement inférieures, et l'AUC50 % significativement

supérieure chez les patients Child-Pugh C ( $p < 0.05$  pour les 2). Les  $rSO_2$  mini et moy étaient inversement corrélées à l'importance du choc (PAM, lactates) et à la profondeur de la déglobulisation (nadir d'hémoglobine et nombre de culots transfusés), ( $p < 0.02$  pour tous). L'AUC50 % était corrélée à l'importance du choc, au MELD et la profondeur de la déglobulisation ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion :** L'oxygénation cérébrale évaluée par la NIRS semble diminuée de façon fréquente et significative au cours des HD chez le patient cirrhotique lorsque la prise en charge transfusionnelle est en accord avec les nouvelles recommandations. La diminution des valeurs de  $rSO_2$  semble corrélée avec les paramètres hémodynamiques, la lactacidémie et le taux d'hémoglobine. La relation entre la diminution de la  $rSO_2$  et les signes neurologiques ainsi que le pronostic des patients reste à démontrer. Si ces données sont confirmées, le seuil transfusionnel pourrait être à revoir à la hausse, notamment chez les patients les plus sévères.

## EP114

### Le syndrome de Guillain-Barré : expérience d'une unité de réanimation médicale marocaine

H Ezzouine, O Ghazaoui, A Benslama  
*Anesthesiology and intensive care department, University teaching hospital IBN Rushd-Casablanca, Casablanca, Maroc*

**Introduction :** Le syndrome de Guillain-Barré est une polyradiculonévrite aiguë dont l'évolution peut nécessiter une prise en charge en réanimation. Nous avons entamé un travail au sein du service de Réanimation médicale de Casablanca au Maroc dont le but est d'évaluer les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, évolutives et pronostiques des patients admis pour un syndrome de Guillain-Barré.

**Patients et Méthodes :** Notre étude a inclus tous les patients admis au service de réanimation médicale du CHU Ibn Rochd de Casablanca pour un syndrome de Guillain-Barré sur une période de 4 ans et 8 mois (janvier 2010 à août 2014). Les paramètres recueillis sont les caractéristiques démographiques (âge, sexe), la symptomatologie clinique inaugurale, la date d'installation des troubles neurologiques, l'assistance ventilatoire mécanique, sa durée et les modalités de sevrage ventilatoire ainsi que la durée de séjour en réanimation, les épisodes infectieux en cours d'hospitalisation et l'évolution globale en termes de survie.

**Résultats :** Nous avons recensé 15 patients. Le sex-ratio H/F de 4 et l'âge moyen est de 38,5 ans (extrêmes : 14-63 ans). Le tableau clinique inaugural est un syndrome grippal (30 %), diarrhée (25 %) et fièvre (7 %). Le délai d'installation des troubles neurologiques est  $< 1$  semaine dans 50 % des cas, entre 1 semaine et 15 jours (14 % des cas) et  $> 15$  jours (14 %). Les troubles moteurs sont symétriques (85 % des cas). L'électromyogramme est concluant chez 35 % des patients avec une atteinte axonale dans 20 % des cas. Les immunoglobulines ont été administrées à 71 % des patients (64 % en réanimation). Le recours à l'intubation-ventilation était nécessaire chez 64 % des patients avec une durée moyenne de 20,5 jours (extrêmes : 1-40 jours) avec des difficultés de sevrage ventilatoire (21 %) et nécessité d'une trachéotomie (7 %). La durée de séjour en réanimation est de 42 jours (extrêmes : 1-83 jours). L'évolution a été marquée par la survenue d'une infection pulmonaire (28 % des cas). La mortalité est de 43 %.

**Conclusion :** Le syndrome de Guillain-Barré peut être un motif d'admission en réanimation dans ses formes graves et rapidement évolutives. Le motif d'admission est essentiellement au cours de la phase d'extension avec une atteinte de la mécanique ventilatoire. La particularité des patients de notre étude est la nécessité d'une assistance ventilatoire mécanique avec la survenue de pneumopathies qui ont pro-

longé le support ventilatoire ainsi que la difficulté de sevrage respiratoire essentiellement en cas d'atteinte axonale. L'administration précoce des immunoglobulines améliore le pronostic.

## EP115

### Prise en charge du traumatisme crânien léger en réanimation : étude de 154 cas

H Ben Ghezala<sup>1</sup>, S Snouda<sup>2</sup>, M Kaddour<sup>2</sup>, K Bentaher<sup>2</sup>  
*1. Réanimation médicale, Hôpital régional Zaghuan, gouvernorat de Zaghuan, Zaghuan, Tunisie*  
*2. Réanimation médicale, Hôpital régional Zaghuan, Faculté de médecine de Tunis, Zaghuan, Tunisie*

**Introduction :** Plusieurs études dans la littérature et en Tunisie ont cherché à déterminer parmi la population des traumatismes crâniens (TC) légers les patients à risque de lésions intracrâniennes et/ou neurochirurgicales nécessitant la réalisation d'une tomодensitométrie (TDM) cérébrale. Pour cette raison, nous avons réalisé une étude sur 154 dossiers de patients victimes d'un TC léger à la nouvelle unité de réanimation polyvalente afin de sélectionner parmi eux ceux victimes d'un TC léger et nécessitant une TDM cérébrale permettant ainsi d'éviter le recours inutile à cet examen. Les objectifs de notre étude étaient de dresser le profil épidémiologique des TC légers pris en charge, établir les facteurs prédictifs d'une TDM pathologique et analyser les aspects évolutifs.

**Patients et Méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée dans le service de réanimation sur une période de trois ans, allant de Janvier 2011 à Décembre 2013, portant sur 159 patients ayant un traumatisme crânien bénin et explorés par une TDM cérébrale. Nous avons inclus dans notre étude tous les patients hospitalisés au service de réanimation et qui répondent à la définition du TC bénin seul ou dans le cadre d'un polytraumatisme soit un GCS  $> 13$  et ayant été explorés par une TDM cérébrale.

**Résultats :** 159 patients ont été inclus d'âge moyen  $31 + 4$  ans. La tranche d'âge la plus retrouvée était entre 21 et 35 ans ( $n=72$  ; 46,8 %). La majorité des patients étaient de sexe masculin ( $n=120$  ; 77,9 %). Dans plus de la moitié des cas, le traumatisme crânien était dû à un accident de la voie publique ( $n=79$  ; 51,3 %).

Les autres causes du TC étaient l'accident domestique ( $n=27$  ; 17,5 %) et l'accident de travail ( $n=12$  ; 7,8 %) et les agressions ( $n=36$  ; 23,4 %). La majorité des patients sont arrivés par un transport non médicalisé ( $n=109$  ; 70,8 %). Le délai moyen d'arrivée aux urgences était de  $48 + 23$  minutes.

Le signe fonctionnel le plus souvent retrouvé était les céphalées ( $n=46$  ; 29,9 %). 147 patients soit 95,5 % avaient un Glasgow initial à 15. 159 patients (100 %) ont eu un scanner cérébral initial à l'arrivée. Chez 106 patients (66,6 %), le scanner était réalisé dans un délai inférieur à 6 heures.

Les principales lésions primitives retrouvées à la TDM cérébrale sont : une fracture du crâne ( $n=16$  ; 10,4 %), une hémorragie sous-arachnoïdienne ( $n=8$  ; 5,1 %), un hématome sous-dural ou extradural ( $n=4$  ; 2,5 %) et un foyer de contusion cérébrale ( $n=3$  ; 1,9 %).

Tous les patients ont été admis en réanimation. Ils ont eu une prise en charge initiale avec un contrôle essentiellement des agressions cérébrales secondaires d'origine systémique (ACSOS).

Le recours de la ventilation invasive a été nécessaire chez 8 patients suite à une aggravation secondaire de l'état neurologique ( $n=8$  ; 5 %). Un seul décès a été relevé.

L'analyse des facteurs prédictifs d'une TDM pathologique et/ou de lésions neurochirurgicales est en cours.

**Conclusion :** Le profil épidémiologique des TC légers admis dans le service sont comparables à ceux observés dans la littérature. Le terme « bénin » ne doit pas omettre la possibilité de trouver des lésions intracérébrales graves au scanner cérébral initial. La médicalisation de la prise en charge préhospitalière et une collaboration multidisciplinaire permettront certainement d'améliorer la prise en charge de nos patients.

## EP116

### La crise myasthénique aiguë : caractéristiques cliniques et facteurs pronostiques des patients admis dans une unité de réanimation médicale marocaine

H Ezzouine, O Ghazaoui, A Benslama

*Anesthesiology and intensive care department, University teaching hospital IBN Rushd-Casablanca, Casablanca, Maroc*

**Introduction :** La poussée myasthénique aiguë est un motif fréquent d'admission des patients myasthéniques en réanimation. Le but de ce travail est d'évaluer le profil épidémiologique, clinique, évolutif et pronostique des patients admis pour crise myasthénique aiguë au service de Réanimation médicale CHU Ibn Rochd de Casablanca au Maroc.

**Patients et Méthodes :** Notre étude a inclus tous les patients admis en crise myasthénique aiguë au service de Réanimation médicale du CHU Ibn Rochd à Casablanca sur une période de 4 ans et 8 mois (janvier 2010 à août 2014). Les paramètres recueillis sont les caractéristiques démographiques (âge, sexe), la présence d'anticorps antirécepteurs de l'acétylcholine ou les anticorps anti-Musk, le traitement en cours avant l'admission en réanimation, les antécédents d'hospitalisation en réanimation, le motif d'admission en réanimation (détresse respiratoire, neurologique et hémodynamique), les épisodes infectieux en cours d'hospitalisation, l'assistance ventilatoire mécanique et sa durée, les modalités de sevrage ventilatoire, l'évolution globale en termes de survie et les facteurs pronostiques.

**Résultats :** Nous avons recensé 12 patients avec une prédominance féminine, le sex-ratio F/H de 4. L'âge moyen est 33 ans (extrêmes : 15-51 ans). Les formes séropositives aux anticorps antirécepteurs de l'acétylcholine étaient de 30 %. Les anticorps anti-Musk étaient positifs chez une seule patiente. Le traitement en cours avant l'admission en réanimation a été de l'Amibenonium (mytelase®) seul chez 20 %, une bithérapie associant une corticothérapie à la pyridostigmine (mestinson®) (30 %) ou à l'Amibenonium (mytelase®) (10 %), une trithérapie associant de l'azathioprine (Imurel®), corticoïdes et mestinson (10 %) ou mytelase (10 %). Trois patientes avaient dans les antécédents une thymectomie. Le motif d'admission en réanimation a été une détresse respiratoire (70 % des cas) et une détresse neurologique (10 %). Les facteurs de décompensation ont été dans 30 % des cas un arrêt du traitement anticholinestérasique, un épisode infectieux 40 %, une grossesse 10 %, la prise de médicaments contre-indiqués 20 %. 60 % des patients ont nécessité une intubation et ventilation assistée avec une durée moyenne de ventilation est de 328 jours (extrêmes : 1-655 jours) avec des difficultés de sevrage ventilatoire chez 30 % des patients et nécessité d'une trachéotomie dans 30 %. 70 % des patients

ont bénéficié d'un traitement par des immunoglobulines en réanimation (Tégéline® pendant 5 jours) L'évolution a été marquée par la survenue d'une infection pulmonaire (30 %) et urinaire (10 %). La durée de séjour en réanimation est en moyenne de 328 jours [durées de séjour extrêmes : 1-655 jours]. La mortalité est de 40 %.

**Conclusion :** La crise myasthénique aiguë peut être grave et nécessiter l'admission en réanimation. La particularité des patients admis dans notre unité est la nécessité d'une assistance ventilatoire mécanique essentiellement pour une détresse respiratoire, la prédominance des formes positives aux antirécepteurs à l'acétylcholine et la trithérapie en cours avant l'admission en réanimation, associant corticoïdes +/- azathioprine et amibenonium ou pyridostigmine. Les écarts thérapeutiques ainsi que les épisodes infectieux sont un motif fréquent d'admission en réanimation. Les immunoglobulines ont permis d'améliorer l'évolution globale de certains patients ainsi que le sevrage ventilatoire. L'infection pulmonaire prédomine en cours d'hospitalisation. Un diagnostic précoce et une prise en charge en milieu spécialisé ainsi qu'un suivi régulier peuvent améliorer le pronostic.

## EP117

### Les facteurs pronostiques des accidents vasculaires cérébraux hémorragiques : expérience de l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech

Y Qamouss

*Réanimation chirurgicale, Hôpital Militaire Avicenne, Marrakech, Maroc*

**Introduction :** L'accident vasculaire cérébral hémorragique est une pathologie grave, responsable d'une morbidité lourde. Le but de ce travail est de déterminer les facteurs prédictifs de mortalité des accidents vasculaires cérébraux hémorragiques (AVCH), au service de réanimation chirurgicale de l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech.

**Patients et Méthodes :** étude rétrospective, étalée sur 4 ans. Les données épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives ont été recueillies sur une fiche d'exploitation puis analysées par le logiciel Epi info 6.0 et le test statistique Chi2.

**Résultats :** 130 patients sont colligés, dont l'âge moyen est de 50,42±13,20 ans, une prédominance masculine est notée (67,54 % hommes pour 32,46 % femmes). L'hypertension artérielle souvent négligée demeure le principal facteur de risque. L'hémiplégie constitue le principal signe neurologique focal rencontré. Le siège le plus fréquent de l'hémorragie cérébrale est lobaire (54 %). La mortalité était de 46 %. En analyse univariée, les facteurs prédictifs de mortalité sont : un score de Glasgow bas (GCS < 8), d'une inondation ventriculaire, l'hémorragie du tronc cérébral, un grade élevé de certains scores de gravité et le recours à la ventilation mécanique.

**Conclusion :** Le pronostic des AVCH en unités de soins intensifs reste sombre, d'où l'intérêt d'un diagnostic rapide et d'une prise en charge multidisciplinaire.