



Le bureau de la SARANF	2
Le comité d'organisation	2
Réanimation	3
Les brûlures graves en réanimation au CHU de Bouaké aspects épidémiologiques, thérapeutiques et évolutifs	3
Problèmes posés par la prise en charge du polytraumatisé et de l'infection nosocomiale: à propos d'un cas en réanimation (Abidjan-Cote d'Ivoire)	4
Prise en charge des brûlures graves les quarante-huit premières heures à l'hôpital national de Niamey	5
Enquête de satisfaction des parents des patients hospitalisés en réanimation du CHU Sourô Sanou de Bobo-Dioulasso	6
Approche proximologique en réanimation : notre expérience au CHU de Yopougon (RCI)	7
Une technique de ventilation à promouvoir dans les pays en développement.	8
Les traumatismes crâniens graves au centre hospitalier universitaire Sourô Sanou (CHUSS) de Bobo- Dioulasso : aspects épidémiologiques, thérapeutiques et pronostiques.	9
Facteurs pronostics des traumatisés graves de la route admis au service de réanimation de l'hôpital Laquintinie de Douala	10
Ecologie bactérienne de l' infection nosocomiale au service de réanimation de l'hôpital Laquintinie de Douala -Cameroun.	11
Difficultés de prise en charge des traumatismes du thorax en réanimation polyvalente au CHU de Bouaké	12
Un cas de syndrome cobraïque par morsure de serpent au CHU de Bouaké.	13
Equipement et monitoring des services de réanimation à Abidjan (RCI)	13
L'éclampsie en réanimation polyvalente au CHU de Brazzaville : aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs	14
Evaluation du score de Mannheim Peritonitis Index dans l'amélioration de la prise en charge des péritonites secondaires aux Cliniques Universitaires de Kinshasa.	15
Envenimations par des serpents à venin neurotrope: problème de la prise en charge en Afrique au sud du Sahara à propos deux cas	15
Les envenimations par morsure de serpent en réanimation au CHU de Bouaké: aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs	16
Etude de l'état nutritionnel des patients adultes agressés en réanimation au CHU Sourô Sanou de Bobo-Dioulasso	17

## Le bureau de la SARANF

**Présidente** : Prof Elisabeth DIOUF  
**Vice-président Afrique de l'ouest**: Docteur KANE MBAYE  
**Vice-président Afrique centrale** : Docteur SOUSSA G  
**Secrétaire général** : Professeur BROUH Yapo  
**Secrétaire général adjoint** : Adrien Professeur SIMA ZUE Adrien  
**Trésorière générale**: professeur ZE-MIKANDE Jacqueline  
**Trésorier adjoint** : Docteur BAH Kalidou  
**Commissaires aux comptes** : Professeur AMONKOU AKPO  
Professeur LOKOSSOU Thomas.

## Le comité d'organisation

**Président** : Pr Mignonsin David (Côte d'Ivoire)

**Vice-présidente** : Pr Diouf Elisabeth (Sénégal)

### Membres

#### Nationaux

Dr Kane Mbaye (Côte d'Ivoire)  
Dr Ehounou Hyacinthe (Côte d'Ivoire)  
Dr Kouassi Jean (Côte d'Ivoire)  
Pr Boua Narcisse (Côte d'Ivoire)  
Pr Amonkou Akpo Antoine (Côte d'Ivoire)

Pr Soro Lacina (Côte d'Ivoire)

Pr Brouh Yapo (Côte d'Ivoire)

Pr Yves Yapobi (Côte d'Ivoire)

#### Internationaux

Pr Tchoua Romain, (Gabon), Pr Sima Zué A (Gabon), Pr Bakary Diatta (Sénégal), Pr Oumar Kane (Sénégal), Pr Mamadou Diarrah Beye (Sénégal), Dr Massamba Diop (Sénégal), Pr Fidèle Binam (Cameroun), Pr Martin Chobli (Bénin), Pr Joachim Sanou (Burkina Faso)

Pr Youssouf Coulibaly (Mali), Pr Abdoulaye Diallo (Mali), Pr Mohamed Salah Ben Ammar (Tunisie)

Christophe Boisson (France), Pr Abdou Rahmann Aguemon (Bénin), Pr Thomas Lokossou (Bénin), Dr Philippe Mavoungou (France), Pr Jacqueline Ze Mikande (Cameroun), Pr Nazinigouba Ouedrago (Burkina Faso), Dr Aristide Talon (France)

# Réanimation

## REA1

### Les brûlures graves en réanimation au CHU de Bouaké aspects épidémiologiques, thérapeutiques et évolutifs

Irié-Bi G, Kouamé KE, Pete Y, Koffi N, N'guessan LM, Brouh Y

**Introduction :** Les brûlures sont des accidents graves avec des conséquences fonctionnelles, esthétiques et psychologiques parfois dramatiques.

**Objectif:** Décrire les aspects épidémiologiques, thérapeutiques et évolutifs des patients admis dans notre service pour brûlures graves.

**Matériel et méthode :** Etude rétrospective, descriptive portant sur les patients admis dans le service de réanimation polyvalente du CHU de Bouaké du 01 janvier 2010 au 30 juin 2012.

**Résultats :** Durant cette période 2113 patients étaient hospitalisés dans le service dont 71(3,36%) pour brûlures graves. L'âge moyen des patients étaient de 10,42ans, (extrêmes 7mois et 70 ans). On notait une prédominance d'accidents domestiques (89,3%) et étaient causées par les liquides chauds (75%). Le délai moyen de consultation était de 3 jours avec 21% des patients qui étaient admis dans un tableau de sepsis

sévère. La surface corporelle brûlée était supérieure 20% chez 43% des patients avec une prédominance des brûlures du 2<sup>e</sup> degré superficielle (68%). Les brûlures intéressaient surtout les membres et le tronc (72,7%). La réanimation a consisté en la réhydratation (cristalloïde ; colloïde), le réchauffement, l'analgésie (paracétamol), l'antibiothérapie (ceftriaxone ; métronidazole), l'alimentation hyperprotidique par voie entérale. Aucun patient n'a bénéficié d'une greffe précoce. La durée moyenne d'hospitalisation était de 5 jours avec 14% des patients transférés au centre des grands brûlés d'Abidjan. Le taux de létalité était de 18% avec pour cause directe le choc septique.

**Conclusion :** Notre travail révèle que les brûlures graves sont dues à des accidents domestiques et touchent essentiellement les enfants. La gravité des lésions et le long délai avant l'admission à l'hôpital compromettent le pronostic vital des patients.**Mots clés :** Brûlures graves –pronostic- réanimation polyvalente

## REA 2

### Problèmes posés par la prise en charge du polytraumatisé et de l'infection nosocomiale: à propos d'un cas en réanimation (Abidjan-Cote d'Ivoire)

Abhé CM, Binlin-Dadié R, N'Guessan YF, Ouattara A, Tetchi YD\*, Brouh Y

Service de réanimation (CHU de Cocody, Abidjan-côte d'ivoire)

\*Service des urgences (CHU de Cocody, Abidjan-côte d'ivoire)

**Introduction:** le traumatisé est exposé à un risque infectieux majeur, particulièrement lorsqu'il s'agit d'infection nosocomiale due à des bactéries multi résistantes

**Objectif:** présenter le cas clinique d'un patient polytraumatisé et poly-infecté

**Observation:** GM. 25 ans, victime d'un accident routier, ayant un traumatisme cranio-encéphalique et une fracture ouverte du fémur droit. Il a bénéficié de plusieurs transferts inter-hospitaliers. dans un des service, Le prélèvement du pus de la fracture ouverte non opérée a permis d'isoler un Staphylococcus aureus sensible à la ceftriaxone et à la ciprofloxacine. Un mois après l'accident, le patient est transféré dans notre service avec un score de Glasgow à 11, au scanner, de multiples hématomes intraparenchymateux et une hémorragie méningée ; une pneumopathie acquise sous ventilation mécanique, une hyperthermie et une fracture ouverte non encore opérée. Les prélèvements bactériologiques effectués ont permis d'isoler : Staphylococcus aureus (pus de la fracture) et Pseudomonas aeruginosa (sonde trachéale) respectivement sensibles à la ciprofloxacine et à l'imipénème. La conduite de l'antibiothérapie était émaillée de ruptures. La fracture ouverte a été opérée : parage avec pose d'un fixateur externe. Devant la persistance de l'hyperthermie d'autres prélèvements

bactériologiques ont permis d'isoler Pseudomonas aeruginosa et Escherichia coli (bout de sonde urinaire), Providencia rettgeri (urines) et Klebsiella pneumoniae (hémoculture). Ces souches multi-résistantes aux antibiotiques testés, étaient sensibles à l'imipénème et à l'amikacine. L'Institut Pasteur fait parallèlement des prélèvements multiples (yeux, bouche, nez, orifice anal) qui permettent d'isoler un Pseudomonas aeruginosa imipénème-résistant (Porteur sain de cette souche résistante) ; mis en isolement, le patient est décédé de sepsis sévère et de complications de décubitus. La fermeture immédiate du service a permis la désinfection des locaux et la formation du personnel sur l'asepsie

**Conclusion:** Ce cas clinique pose deux problèmes: la prise en charge inadéquate du polytraumatisé et la survenue de l'infection nosocomiale sur un terrain fragilisé

**Mots Clés:** infection nosocomiale - polytraumatisé - réanimation

#### Références

Albanèse J, Bourgoïn A, Martin C. Prophylaxie et traitement des infections chez le sujet polytraumatisé. Conférences d'actualisation SFAR 2002, p. 621-640

## REA 3

### Prise en charge des brûlures graves les quarante-huit premières heures à l'hôpital national de Niamey

Chaibou MS1, Sani R2, DaddyH1, Sanoussi S2, Madougou M1, Dambaki M1, Touré A2, Idrissa A1, Chobli M3  
Département d'Anesthésie-Réanimation-Urgences-Hôpital National de Niamey - Niger  
Département de chirurgie - Hôpital National de Niamey  
Faculté des Sciences de la Santé - Cotonou - Bénin

**Objectif :** Évaluer la prise en charge du brûlé pendant les quarante-huit (48) premières heures à l'Hôpital National de Niamey.

**Matériels et méthode :** Il s'agit d'une étude prospective allant du 1<sup>er</sup> juillet 2010 au 30 avril 2011 ; soit 10 mois. Soixante-quinze patients brûlés graves admis aux urgences chirurgicales de l'Hôpital National de Niamey dans les quarante-huit heures ont été inclus. Les variables suivantes ont été analysées : l'âge, le sexe, le délai d'admission, le moyen de transport utilisé, la cause, la surface corporelle brûlée, la profondeur de la brûlure, l'état clinique et para-clinique, le pronostic, le traitement reçu, l'évolution.

**Résultats :** La série comportait 75 patients, l'incidence de la brûlure était de 6,31%. L'âge moyen était de 17,4 ans (extrêmes : 6 mois et 72 ans). Le sexe masculin prédominait avec un sex-ratio de 1,2. La brûlure par flamme constituait la principale cause avec 60%. Dans 84% des cas la brûlure était liée à des accidents domestiques. Le délai d'admission au cours des deux (2) premières heures était de 78,66%. Cinquante-un patients (68%) avaient une surface corporelle brûlée entre 10-19 % et la brûlure du 2<sup>ème</sup> degré représentait

64 %. Dans 93,33% des cas l'indice de Baux était inférieur à 75. Tous les patients avaient bénéficié d'une analgésie, 93% avaient reçu une antibiothérapie. La réanimation selon la règle de Parkland et d'Evans avait concerné 60% des brûlés. Le taux de décès était de 4%.

**Conclusion :** La brûlure est une pathologie fréquente dans notre contexte. La cause principale est représentée par la flamme. L'insuffisance de matériel et du personnel soignant rendent compte de la nécessité d'insister sur les moyens de prévention dans notre pays.

**Mots-Clés:** Brûlures graves, réanimation, Hôpital National Niamey, Niger.

#### Références

1. **Manelli JC, Badetti C.** Réanimation et anesthésie du brûlé. Ency Méd-Chir (Elsevier, Paris), Anesthésie-Réanimation, 36-645-A-10, 1997,20p.
2. **Le Béver, Carsin P, Ainaud J, Stephaazzi B, Debien A.** Conduite à tenir à la phase pré-hospitalière et à la phase hospitalière dans les premières heures d'une brûlure, Médecine et armées 2000 28, 4, p. 289-297.

## REA 4

### Enquête de satisfaction des parents des patients hospitalisés en réanimation du CHU Sourô Sanou de Bobo-Dioulasso

Ai Traore<sup>1</sup>, Kb Ki<sup>1</sup>, A Rouamba<sup>1</sup>, Raf Kabore<sup>2</sup>, N Ouedraogo<sup>3</sup>

1 : CHU Sourô Sanou, 2 : CHU Charles de Gaulle, 3 : CHU Yalgado Ouédraogo

**Introduction** : Dans les services de réanimation, du fait de l'impossibilité quasi constante de communiquer avec les patients, l'implication des parents des patients dans la prise de décisions médicales et la qualité de l'information qui leur est apportée occupent une place particulière et sont intégrées dans les critères d'accréditation des services de réanimation affiliés à la Society of Critical Care Medicine (SCCM) depuis 1994 [1]

**Objectif** : Evaluer la satisfaction des parents de patients admis en réanimation.

**Patients et méthode** : Etude prospective, descriptive par questionnaire auto-administré aux accompagnants de malades, conduite sur 5 mois (Avril-Août 2012) dans le service de réanimation polyvalente du CHU Sourô Sanou. Le questionnaire comportait 22 questions portant sur les conditions d'accueil, la qualité de l'information et des soins.

**Résultats** : 100 accompagnants de malades ont participé à l'étude. Plus de la moitié (54%) avait entre 25 et 45 ans et tous avaient un lien familial direct avec le patient. Les patients étaient inconscients (86% des cas) et avaient en moyenne 7,2 jours d'hospitalisation. 23% des patients

étaient porteurs d'une sonde d'intubation. Le taux global de satisfaction des accompagnants de malades était de 45%. Les points d'insatisfaction étaient : l'indifférence (62%) et l'indisponibilité (57%) du personnel, le manque d'information (85%), l'absence de salle d'attente (90%), la non prise en compte des souhaits des familles (34%), l'absence de soutien psychologique (53) et matériel (70%), la non flexibilité des horaires de visite (60%). 80 % jugeaient contraignante la limitation à un visiteur à la fois.

**Conclusion** : Les familles des patients sont globalement peu satisfaites de leur prise en charge en réanimation. Leur insatisfaction porte essentiellement sur la mauvaise qualité de l'accueil, l'insuffisance d'information, l'indisponibilité du personnel soignant et l'insuffisance de soutien psychologique et matériel. Il est indispensable d'améliorer les pratiques en s'appuyant sur des audits de satisfaction.

**Mots-clés**: Satisfaction, familles, réanimation

#### Référence :

Harvey MA, Ninos NP, Adler DC, Goodnight-Hanneman SK, Kaye WE, Nikas DL. Results of the consensus conference on fostering more humane critical care: creating a healing environment. Society of Critical Care Medicine. AACN Clin Issues Crit Care Nurs 1993;4: 484-549.

## REA 5

### Approche proximologique en réanimation : notre expérience au CHU de Yopougon (RCI)

Soro L, Ayé YD, Yao A, Bouh J, Diarrassouba N, Amonkou A.  
Service anesthésie réanimation CHU Yopougon

#### Introduction

La proximologie étudie la relation entre la personne malade ou dépendante et ses proches. L'intérêt de la proximologie est d'envisager le rôle de l'entourage comme un élément déterminant l'efficacité des soins et de la prise en charge. Le service de réanimation est doté d'un personnel spécifique au sein des équipes de soins de cette approche. La présente étude évalue l'importance et l'apport de la prise en charge psychosociale des patients et de leurs familles en réanimation.

**Matériel et méthode :** Il s'agit d'une étude prospective et descriptive réalisée dans le service de réanimation du CHU de Yopougon allant du 1<sup>er</sup> janvier 2011 à octobre 2011 et portant sur 76 parents de malades admis en réanimation. Les paramètres étudiés portent principalement sur le vécu lors de l'annonce diagnostique, le degré de satisfaction et les données démographiques.

**Résultats :** L'âge moyen de nos interlocuteurs était de 38,2 ±10,5 ans. Le sex ratio était de 1,3 en faveur des hommes. Les ascendants représentaient 46%. 50% des proches exerçaient une activité libérale et dans 89.5% des cas, les soins étaient assurés par la famille. L'accueil du personnel soignant est jugé décevant pour 65% des familles et des patients. La prise en charge psychosociale et les soins aux malades étaient

satisfaisants respectivement dans 96.1% et 51.3% des cas. Le stress vécu et les attentes sont exprimés par 98% des parents

#### Conclusion :

L'entourage du patient en réanimation est surtout vu l'assurance financière des prescriptions faites, les familles souhaitent que nous soyons à leur écoute, que nous prenions en compte leur stress et leurs préoccupations car le parent hospitalisé est parfois le pivot de la famille. L'offre des soins en réanimation nécessite donc un nouvel acteur imprégné des approches psychosociales. La présence des psychologues ou des éducateurs spécialisés en réanimation est impérative si l'on veut atténuer les souffrances des familles des malades hospitalisés et les encourager à poursuivre le soutien de leur parent.

**Mots Clés :** réanimation, proximologie, éducateur spécialisé.

#### Référence:

Azoulay.E, Laurette A, Peigne V, Pochard. F : Communiquer avec les familles des patients en réanimation. Bull. Acad. Natle Méd., 2011, 195, n°2, 367- 376, séance du 22 février 2011



## REA 6

### Une technique de ventilation à promouvoir dans les pays en développement.

K. Gnronfou<sup>1</sup>; A. Bassit<sup>1</sup>; K. Sampson<sup>2</sup>; P. C. Niangoin<sup>1</sup>; J. J.A. Mea<sup>1</sup>; M. V. Itchy<sup>3</sup>

**1:** Polyclinique Internationale Hôtel Dieu Abidjan, 01 BP 2761 Abidjan 01 RCI

**2:** Polyclinique Avicennes, Abidjan, 01 BP 4061 Abidjan 01 RCI

**3:** CHU de Treichville, Abidjan, RCI

**Introduction:** La ventilation non invasive est une technique de ventilation qui consiste à délivrer une assistance respiratoire à travers un masque nasal ou facial. A partir de quatre cas cliniques, les auteurs démontrent l'efficacité de cette technique dans des indications variées, et mettent en exergue la possibilité de sa réalisation dans les pays en développement comme ceux de l'Afrique Subsaharienne Francophone où elle est rarement pratiquée.

**Matériels et méthode :** Ces quatre cas cliniques concernent quatre patients qui ont présenté une détresse respiratoire aigüe avec hypoxémie sévère et acidose respiratoire en rapport respectivement avec un œdème aigu pulmonaire hémodynamique associé à une pneumopathie aigüe, un œdème aigu pulmonaire cardiogénique, un œdème lésionnel, et une pneumopathie alvéolo-interstitielle bilatérale diffuse. Les diagnostics ont été évoqués devant les signes de détresse respiratoire aigüe, et confirmés par les images radiologiques, les résultats de gazométrie artérielle et d'échographie cardiaque.

La ventilation non invasive a été mise en route (dans les quatre cas) devant l'inefficacité du traitement médical et de l'oxygénothérapie par sonde nasale. Les respirateurs de réanimation ont été utilisés de même que les différents modes de ventilation non invasive (Ventilation Spontanée-Pression Expiratoire Positive; Ventilation Spontanée- Aide Inspiratoire-Pression Expiratoire Positive). Nous avons réalisé cette technique de ventilation sans difficultés majeures avec notre personnel et notre plateau technique habituels.

**Résultats:** Les résultats sont satisfaisants; les détresses respiratoires ont bien évolué et nos patients sont sortis de la réanimation après un court séjour (2 à 5 jours) à

l'exception du patient porteur de la pneumopathie interstitielle bilatérale diffuse. Chez lui, la ventilation non invasive a été vite remplacée par la ventilation invasive du fait de son intolérance à la technique. Il sortira de la réanimation au bout de neuf jours.

**Conclusion :** la ventilation non invasive est une technique de ventilation intéressante et réalisable dans nos pays peu nantis avec nos mêmes conditions de travail. Cependant la formation du personnel de réanimation s'avère indispensable. Cette technique mérite d'être vulgarisée en Afrique Subsaharienne où ses indications sont certainement plus nombreuses du fait de la fréquence des pneumopathies hypoxémiantes de l'immunodéprimé.

**Mots Clés :** Ventilation non invasive ; détresse respiratoire aigüe ; pays en développement

#### Références

1. **P. Bassand.** Œdème aigu du poumon  
<http://www.besancon-cardio.org> / cours /24-œdème.php
2. **R. Robert, C. Bengler, P.Beuret, B. Dureuil, G. Géhan, F. Joye, V. Laudenbach, O. Noizet, C. Perrin, C. Pinet, F. Payeh , N . Roche, J. Rossler** Conférence de consensus- Ventilation non invasive au cours de l'insuffisance respiratoire aigüe-(nouveau-né exclus)  
[www.chu-rouen.FR](http://www.chu-rouen.FR) Conference doc-09/07/2007
3. **Samir Jaber, Gerald Chanques, Mustapha Sebbane, Jean-Jacques Eledjam.** La Ventilation non – invasive, Urgence Pratique- 2006 N° 77



**REA 7****Les traumatismes crâniens graves  
au centre hospitalier universitaire Sourô Sanou (CHUSS) de Bobo- Dioulasso :  
aspects épidémiologiques, thérapeutiques et pronostiques.**

N Ouédraogo<sup>1</sup>, S Ouandaogo<sup>2</sup>, R A F kaboré<sup>3</sup>, A Rouamba<sup>2</sup>

1 : Service des urgences médicales, CHU Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou

2 : Service de réanimation polyvalente, CHUSS Bobo-Dioulasso

3 : Service d'anesthésie, CHUP Charles de Gaulle, Ouagadougou

**Introduction :** 3-8 décès/100 cas/an intra-hospitaliers, seraient imputables aux traumatismes crâniens graves (TCG) [1]. Chez les jeunes, ils constituent la première cause de mortalité, avec des séquelles neuropsychologiques presque constantes [2]. Ils seraient en Afrique la 4<sup>ème</sup> cause d'admission hospitalière pour urgence vitale, première cause en réanimation.

**Méthode:** étude prospective observationnelle et analytique, du 1er janvier 2008 au 31 décembre 2009 dans le service de réanimation du CHUSS.

**Résultats:** 133 patients ont été admis en réanimation pour TCG soit 13,2% des admissions. L'âge moyen était de 29,8 ±17,2 ans et le sex-ratio de 6,4. Les accidents de circulation étaient l'étiologie majeure (67,7%), souvent sur engins à deux roues (42,1%). Le délai moyen d'arrivée à l'hôpital était de 10,9 heures, celui d'admission en réanimation de 7,3 heures.

37,6% des patients avaient une brèche ostéodurale, 35,3% des signes de localisation et 35,3% un polytraumatisme. Les examens complémentaires ont comporté 8 TDM cérébrales, 10 radiographies du crâne, une radiographie cervicale ; aucune échographie n'a été réalisée. Le suivi biologique était inconstamment obtenu avec 74 dosages de la glycémie, 27 hémogrammes et 25 ionogrammes. Sur le plan thérapeutique, les objectifs de prise en charge des fonctions vitales à la phase précoce ne sont pas atteints et au total 15,8% des patients ont bénéficié d'une oxygénation, 7,5% d'une intubation, 0,75% d'une

ventilation mécanique, 19,5% d'une sédation et 47,4% de mannitol. Aucun patient n'a bénéficié d'une intervention neurochirurgicale. Le taux de mortalité a été de 51,9% et 53,1% des survivants présentaient des séquelles. Les facteurs liés au décès étaient l'âge, le sexe, l'hyperthermie, le score de Glasgow, les signes de localisation, les convulsions, le délai d'admission hospitalière, le délai d'admission en Réanimation, l'usage probabiliste du mannitol, la durée d'hospitalisation en Réanimation. **Conclusion:** Le pronostic globalement mauvais des prises en charges curatives justifie que des politiques de prévention vigoureuses, la restructuration des systèmes de soins et la formation du personnel sont impératives pour améliorer le pronostic des TCG en Afrique.

**Mots clés :** TCG, mortalité, Burkina Faso.

**Référence :**

1. Mathé JF, ... Santé publique et traumatismes crâniens graves. Aspects épidémiologiques et financiers, structures et filières de soins. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation (AFAR). 2005 Juin ; 24 (6) : 688-94.
2. Aguèmon AR, ... Traumatismes crâniens graves en réanimation au Bénin de 1998 à 2002. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation. 2005 Janvier ; 24 (1) : 36-9.

## REA 8

### Facteurs pronostics des traumatisés graves de la route admis au service de réanimation de l'hôpital Laquintinie de Douala

Njall C\*, Bitu A\*, Beyiha G\*, Tazemda B\*\*\*, Binam F\*\*

\*Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques de Douala, Université de Douala,

\*\*Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicale de Yaoundé 1, Département d'anesthésie réanimation, Université de Yaoundé.

\*\*\* universités des montagnes, BP 208 Bangangté –Cameroun, info@udemontagnes.org.

**Introduction :** En 2004 dans le monde 1,2 millions de personnes sont décédées et 50 millions d'autres ont été blessées à cause des accidents de la voie publique (1).

**Objectif :** déterminer les facteurs pronostics des traumatisés graves de la route admis au service de réanimation de l'hôpital Laquintinie de Douala.

**Matériels et méthodes :** L'étude était transversale et analytique. Elle a été menée du 1<sup>er</sup> avril au 30 septembre 2011. Tous les traumatisés graves de moins de trente jours admis pendant la période d'étude étaient inclus. L'analyse des données a été faite par le logiciel SPSS 16. Les tests de CHI 2 pour la signification et l'Odds Ratio pour le pronostic ont été calculés.

**Résultats :** Au total, 61 traumatisés graves de la route ont été recrutés dont 46(75.4%) hommes. La majorité des victimes étaient des poly traumatismes (67,2%), âgés de 25 à 45ans (47,5%). La létalité était de 46%. L'âge  $\geq 45$  ans ( $p=0,021$ ), un score de Glasgow  $< 08$  ( $p=0,037$ ), une polypnée  $> 28$  cycles par minute ( $p=0,018$ ), une hypoxie [ $SO_2 \leq 94\%$ ] ( $p=0,000$ ), un pouls  $> 90$  pulsations/minute ( $p=0,035$ ), un Revised

Trauma Score  $< 6$  ( $p=0,004$ ) et le nombre de détresses  $\geq 02$  ( $p=0,003$ ) étaient associés à la mortalité. Seuls la

Sao2 (OR=9.9, 95%IC=2.355-41.654  $p=0.002$ ) et un Revised Trauma Score  $< 6$  (OR=8.1, 95%IC=1.843-35.216  $p=0.006$ ) sont restés significatifs dans un modèle de régression logistique.

**Conclusion :** La saturation en oxygène et le Revised Trauma Score étaient les principaux facteurs qui déterminaient le devenir à 30jours des traumatisés graves en réanimation à l'hôpital Laquintinie de Douala. Dans un contexte de ressources limitées, des actions en faveur de ces facteurs vont contribuer à diminuer la létalité.

**Mots clés :** facteurs pronostics, réanimation, traumatismes graves.

**Référence :** Organisation Mondiale de la Santé. Notions fondamentales. In : Rapport sur la prévention du traumatisme dus aux accidents de la circulation. Genève, 2004:9-11.

## REA 9

### Ecologie bactérienne de l' infection nosocomiale au service de réanimation de l'hôpital La quintinie de Douala -Cameroun.

Njall C, Adiogo D\*, Bitu A\*, Ateba N\*, Tchoua R. \*\*\* Binam F\*\*

\*Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques de Douala, Université de Douala,

\*\*Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicale de Yaoundé 1, Département d'anesthésie réanimation, Université de Yaoundé.

\*\*\*Hôpital d'Instruction des Armées Omar Bongo Ondimba –Libreville BP 20404

**Introduction** : Les infections nosocomiales sont des infections contractées dans un établissement de soins. [1] Ces infections augmentent la morbidité, la mortalité, et le coût des soins à l'hôpital. [2]

**Objectif** : identifier les bactéries associées à l'infection nosocomiale, dans le service de réanimation, de l'hôpital Laquintinie de Douala en vue d'améliorer la prise en charge et diminuer la létalité. **Matériels et méthode** : Il s'agissait d'une étude transversale et descriptive, menée du 1<sup>er</sup> mars au 31 mai 2011. Tous les patients hospitalisés depuis au moins 48 h étaient inclus dans l'étude et ceux présentant une infection documentée à l'admission étaient exclus.

L'analyse des données a été faite par le logiciel SPSS 16. Les tests de CHI 2 pour la signification.

**Résultats** : la prévalence de l'infection nosocomiale était de 12%, elle concernait des personnes âgées de plus de 60 ans et présentant une infection urinaire dans 79% des cas. La létalité était de 72% pour une durée moyenne de séjour de  $11,7 \pm 12,1$  j. Les bactéries

Responsables étaient en majorité des bactéries gram positifs (BGN), dont E coli dans 23,1% et les cocci gram positifs (CGP), dans 15,4% des cas.

**Conclusion** : L'étude de la résistance aux antibiotiques, montre une multi résistance, dont il faut tenir compte en mettant en place une stratégie de prévention active.

**Mots clés** : Bactéries, Infection nosocomiale, Réanimation

#### Références :

1. 1.100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales. Comité technique national d'infection nosocomiale. Secrétariat d'état à la santé et à l'action social. BEH décembre 1999 ; numéro spécial.
2. Haley RW. Extra charges and prolongation of state attributable to nosocomial infection: a prospective inter-hospital comparison. Am. J Med 1981; 70: 51-58  
Haley RW. Extra charges and prolongation of state attributable to nosocomial infection: a prospective inter-hospital comparison. Am. J Med 1981; 70: 51-58

## REA 10

### Difficultés de prise en charge des traumatismes du thorax en réanimation polyvalente au CHU de Bouaké

Kouamé KE, Koffi N, Pete Y, Ouattara A, Abhé Cm, Brouh Y  
Service d'anesthésie-réanimation- CHU de Bouaké (RCI)

**Introduction :** Le traumatisme thoracique représente la principale cause de mortalité en traumatologie après les traumatismes crâniens. Il constitue une urgence diagnostique et thérapeutique.

**Objectif :** identifier les difficultés rencontrées dans la prise en charge des traumatisés du thorax dans un hôpital dont le plateau technique s'est progressivement dégradé.

**Patients et méthode:** Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive réalisée dans le service de réanimation polyvalente du Centre Hospitalier et Universitaire de Bouaké, du 01 Janvier 2008 au 31 Décembre 2011. Les paramètres étudiés étaient épidémiologiques, cliniques, paracliniques et évolutifs. Les résultats ont été exprimés en fréquence et en valeurs moyennes avec les écarts types.

**Résultats:** Durant les quatre années, 63 cas de traumatismes thoraciques ont été enregistrés. Tous les patients étaient de sexe masculin, avec un âge moyen de  $32 \pm 2$  ans. Les lésions ont surtout été causées par une arme à feu (52%) et par une arme à blanche (16 %). Les investigations clinique et paraclinique ont

objectivées un hémithorax dans 80,90 % des cas, un hémopneumothorax dans 14,30 % des cas et un pneumothorax dans 4,8% des cas. La principale lésion associée était l'hémopéritoine (7,90 %). Le délai moyen écoulé avant le drainage thoracique était de 1,8 jour (extrêmes : 1 et 3 jours), et la durée moyenne du drainage était de 3,8 jours. Un drainage chirurgical a été réalisé dans 100 % des cas, à l'aide d'une sonde d'aspiration (66,60%), d'une sonde d'intubation (23,80%) ou d'un drain thoracique (9,60%). Tous les patients ont été placés sous une aspiration discontinue. Le drainage a été réalisé par un médecin anesthésiste – réanimateur dans 33 % des cas. 70 % de nos patients avaient besoin d'une transfusion sanguine, mais c'est seulement 25 % qui en ont bénéficié. La durée moyenne de séjour en réanimation était de 5,4 jours. Cinq décès ont été enregistrés soit une létalité de 8,20 %.

**Conclusion:** La prise en charge des traumatisés du thorax n'est pas optimale dans notre service à cause des contraintes imposées par la guerre. L'instauration d'une assurance maladie universelle ainsi que l'amélioration du plateau technique permettront certainement d'améliorer le pronostic.

**Mots clés:** traumatismes thoraciques-réanimation polyvalente-traitement

**REA 11****Un cas de syndrome cobraïque par morsure de serpent au CHU de Bouaké.**

Yeboua YK, Pété Y, Koffi NR, Irié-Bi GS, Kouamé KE, Brouh Y

Service de réanimation CHU de Bouaké

**Auteur correspondant :** [rolandyeboua@yahoo.fr](mailto:rolandyeboua@yahoo.fr)

**Introduction :** Les morsures de serpent sont un problème de santé publique qui concerne surtout l'Asie et l'Afrique subsaharienne. L'envenimation ophidienne est une urgence absolue. La symptomatologie clinique est variée mais classiquement, on distingue le syndrome vipérin dû principalement aux crotales et aux vipères et le syndrome cobraïque dû aux élapidés dont les plus connus sont les cobras. Le syndrome cobraïque, quoique moins fréquent que le syndrome vipérin n'en demeure pas moins une urgence, la mort pouvant survenir dans la demi-heure suivant la morsure par paralysie respiratoire [1]. Sur le plan thérapeutique, l'immunothérapie est le seul traitement efficace des envenimations graves [2].

**Matériel et méthode :** nous rapportons une observation sur un cas de morsure de serpent enregistré au service de réanimation du CHU de Bouaké dans le mois de juin 2012.

**Résultat :** Le syndrome cobraïque était avéré avec ptose palpébrale, aphonie, hypersialorrhée, agitation et paralysie respiratoire survenue 2 heures après la morsure. L'évolution clinique spontanée a été favorable après intubation orotrachéale et assistance ventilatoire malgré l'absence de sérothérapie antivenimeuse.

**Conclusion :** l'urgence dans le syndrome cobraïque demeure le sauvetage de la fonction respiratoire pouvant garantir une évolution favorable même en l'absence de sérothérapie antivenimeuse.

**Mots clés :** Morsure de serpent, syndrome cobraïque, paralysie respiratoire.

**Référence :**

LarréchéS, BoucauC, ErausoT, MionG. Envenimations ophidiennes graves. Le Praticien en Anesthésie Réanimation 2010; 14: 254-63.

Veto T, Price R, Silsby JF, Carter JA. Treatment of the first known case of king cobra envenomation in the United Kingdom, complicated by severe anaphylaxis. Anaesthesia 2007; 62:75-8.

**REA12****Equipe et monitoring des services de réanimation à Abidjan (RCI)**

Tétchi YD, Coulibaly KT, Abhé CM, Ouattara A, N'guessan Y, Nétro D, Brouh Y.

**Auteur correspondant:** E-mail: [theo12002@yahoo.fr](mailto:theo12002@yahoo.fr).

**Introduction:** La réanimation nécessite un équipement en matériel spécifique et un personnel qualifié pour le traitement des défaillances viscérales aiguës engageant le pronostic vital.

**Objectif:** faire une enquête sur les ressources des services de réanimation.

**Matériels et méthode :** il s'agissait d'une étude transversale et descriptive portant sur les services de réanimation à Abidjan. Tous les services de réanimation ont été recensés. Les paramètres étudiés étaient la situation géographique, l'état des lieux des ressources.

**Résultats:** Quinze services ont été recensés dont 5 publiques. La commune de Cocody abritait la plupart de ces services (6). Le nombre moyen de lits par service était de  $5 \pm 2,16$  (extrêmes: 2 et 10). L'alimentation en fluides médicaux était à 100% pour l'oxygène avec environs une prise par lit; 53,3% (8) pour l'air et 66,7% (10) pour le vide. Une salle d'isolement était disponible dans 2 services (13,3%). Les lavabos pour le lavage des mains étaient adaptés dans 4 services (26,7%). Tous les services disposaient de consommables pour le traitement des affections respiratoires. Les respirateurs étaient en moyenne par service  $4 \pm 2,07$  (extrêmes: 0 et 7) pour les adultes et  $1 \pm 1,5$  (extrêmes: 0 et 5) pour les nouveau-nés. Le matériel et produits de suppléance cardiovasculaire étaient disponibles dans tous les services. Les moniteurs multiparamétriques étaient en moyenne  $5 \pm 2,03$  (extrêmes: 2 et 8) par service. Aucun service ne disposait d'un appareil d'épuration rénale. La plupart des services publics (4 sur 5) ne disposaient pas d'appareil d'ECG. Cinq (33,3%) services dont 1 publique avaient un appareil de gazométrie; 6 (40%) dont 1 publique possédaient un échographe et 14 (93,3%) avaient un glucomètre. La maintenance des équipements était régulière dans 9 services (60%). Le nombre moyen de personnes spécialistes en réanimation dans ces services était:  $5 \pm 3,65$  (extrêmes: 1 et 12) pour les médecins;  $3 \pm 2,82$  (extrêmes: 0 et 7) pour les infirmiers et  $6 \pm 3,08$  (extrêmes: 4 et 15) pour les Aide-soignants. Sept services (46,7%) avaient une unité de pharmacie. Les matelas anti-escarres étaient en moyenne  $1 \pm 1,75$  (extrêmes: 0 et 4) par service.

**Conclusion:** L'équipement des services de réanimation d'Abidjan est relativement faible.

**Mots clés:** Réanimation, équipement, monitoring

**Référence:**

Société Française d'Anesthésie et de Réanimation: recommandations relatives à la gestion et l'utilisation des salles d'urgences vitales, 2002.

## REA 13

### L'éclampsie en réanimation polyvalente au CHU de Brazzaville : aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs

Otiobanda GF1, Itoua C1, Ndinga G.H1, Ossou-NguietP.M2, Ellenga Mbolla F.B2, Mahoungou-GuimbiK.C1

1 : Département de chirurgie et maternité Faculté des Sciences de la Santé UMNG

2 : Département de médecine Faculté des Sciences de le Santé UMNG

Auteur correspondant : Otiobanda Fabrice E-mail : otiobandagilbertfabrice@yahoo.fr

#### Introduction :

L'éclampsie, complication redoutable de la pré éclampsie, a une fréquence qui varie selon le niveau socio-économique du pays étudié. L'objectif de cette étude était d'analyser les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et les aspects évolutifs de cette pathologie en milieu de réanimation.

**Matériels et méthodes** : étude transversale, descriptive et analytique sur une période de 21 mois, incluant toutes les parturientes admises au service de réanimation polyvalente du CHU de Brazzaville, pour éclampsie. Les paramètres recueillis ont été : l'âge, la provenance, la parité, le suivi de la grossesse, la pression artérielle à l'admission, le score de Glasgow, le moment de survenue de la crise convulsive, le mode d'accouchement et l'évolution.

**Résultats** : 92 cas ont été colligés, soit une incidence de 1,41%. L'âge moyen était de  $23,74 \pm 7,23$  ans. 26 parturientes provenaient des services du CHU. 58,7% des parturientes

étaient primipares. 37 (40,2%) parturientes n'ont bénéficié d'aucune consultation prénatale. Dix-huit pour cent des patientes avaient une pression artérielle supérieure à 180/110 mmHg. Le score de Glasgow à l'admission était en moyenne de  $10 \pm 2$ . Les convulsions étaient survenues en ante partum dans 46 cas et en post partum dans 41 cas. Le mode d'accouchement était la voie basse chez 51 patientes (55,44%). Soixante-douze enfants sont nés vivants. La durée moyenne de séjour était de 04 jours. La mortalité maternelle était de 19,6% et néonatale de 18,4%.

**Conclusion** : l'éclampsie est responsable d'une lourde mortalité maternelle et néonatale. L'amélioration du pronostic materno-fœtal passe par une prise en charge pluridisciplinaire.

**Mots clés** : Eclampsie-Réanimation- Brazzaville

#### Référence :

1. **Beye M, Diouf E, Kane O, Sall BK**, 2003. Prise en charge de l'éclampsie grave en réanimation en milieu tropical africain : à propos de 28 cas. AFAR. 2003 ; 22 :25-29.
2. **El Youssefi S, Salmi S, Miguil M**, Facteurs de risque de morbidité et mortalité maternelle de l'éclampsie. AFAR. 2002; 21 :214-218.
3. **H. Sbai et coll.** Prise en charge de la pré éclampsie sévère et de l'éclampsie en réanimation chirurgicale. A propos de 97 cas. J.Magh.A.Réa.Urg. 2008 ; XV : 172-175.



**REA 14****Evaluation du score de Mannheim Peritonitis Index dans l'amélioration de la prise en charge des péritonites secondaires aux Cliniques****Universitaires de Kinshasa.**

F. Mbuyi, M. Bula Bula, W. Mbombo, P. Mukuna, E. Amisi, A. Kilembe.  
Département d'Anesthésiologie-réanimation/Cliniques  
Universitaires de Kinshasa.

**Introduction.** La péritonite secondaire reste une situation critique fréquente avec un taux de mortalité élevé. [1, 2]. Plusieurs auteurs ont évalué l'efficacité de la prédiction de la mortalité des péritonites secondaires en utilisant le score de Mannheim Peritonitis Index (MPI) [1,3].

Une étude appréciant l'applicabilité du MPI aux CUK a été effectuée.

**Patients et Méthode.** Il s'agissait d'une étude transversale réalisée dans les Cliniques Universitaires de Kinshasa sur une période de deux ans (du 1<sup>er</sup> janvier 2010 au 1<sup>er</sup> janvier 2012) et ayant porté sur 174 patients de tout âge et des deux sexes, admis aux Cliniques durant cette période et opérés de péritonite secondaire toute origine confondue. Le score de MPI a été calculé pour tous les patients. Les patients catégorisés en deux groupes :  $\leq 26$  et  $> 26$ , la mortalité a été calculée pour chaque catégorie. La sensibilité et la spécificité ont été étudiées et ont permis de calculer l'aire sous la courbe de ROC.

**Résultats.** Le score MPI:  $\leq 26$  91 patients enregistrés avec une mortalité de 10,98%.

Le score MPI:  $> 26$  83 patients enregistrés avec une mortalité de 73,5%.

La sensibilité calculée a été de 85,9% et la spécificité calculée a été de 78,6% avec l'ASC = 0,823.

**Conclusion.** Le score MPI a une sensibilité et une spécificité suffisante pour prédire la mortalité des péritonites secondaires. Son pragmatisme permet de stratifier les patients et d'évaluer la qualité des soins des patients surtout dans les milieux moins équipés.

**Mots clés.** Mannheim Peritonitis Index

**Références.**

1. **Dembélé B M** : Etude des péritonites aiguës généralisées dans les services de chirurgie générale et pédiatrique de l'Hôpital Gabriel Touré. Thèse Méd Bamako 2005.
2. **Biondos S**: Prognostic factors for mortality in left colonic peritonitis: a new scoring system. J Am coll Surg. 2000 Dec; 191: 635 – 42.
3. **Giessling U, Petersen S, Freitag M, et al.**: Surgical management of severe peritonitis. Zentralbl Chir 2002 Jul; 127: 594 -7.

**REA 15****Envenimations par des serpents à venin neurotrope: problème de la prise en charge en Afrique au sud du Sahara à propos deux cas**

Kouamé KE, N'guessan LM, Pete Y, Koffi N, Irié-Bi G, Boua N, Brouh Y

*Service anesthésie réanimation, CHU Bouaké ; République de Côte d'Ivoire*

Deux cas d'envenimation grave par morsures de serpent ont été colligés au cours de l'année 2012 dans le service de Réanimation du CHU de Bouaké. Dans les deux cas les serpents n'ont pu être identifiés mais la présence d'un syndrome muscarinique et cobraïque a orienté le diagnostic d'espèce. La manifestation commune était respiratoire. Le traitement était basé sur la ventilation mécanique après intubation orotrachéale. Aucun sérum anti venimeux n'a été administré. L'évolution a été défavorable chez un patient ayant présenté une pneumopathie d'inhalation hypoxémiante.

**Mots-clés** : serpent, envenimation, venin neurotrope, défaillance respiratoire

**Références**

- 1-**Bellefleur J P, Le Dantec P.** Prise en charge hospitalière des morsures de serpent en Afrique. Bull Soc Pathol Exot, 2005, 98,4 :273-76.
- 2-**De Haro L.** Les animaux toxiques : envenimation et intoxication. In: Daniel V, Barriot P, eds. Intoxication aigues en réanimation .Paris: Arnette, 1999: 581-610 .



## REA 16

### Les envenimations par morsure de serpent en réanimation au CHU de Bouaké: aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs

Kouamé KE, N'guessan LM, Pete Y, Koffi N, Boua N, Brouh Y

*Service anesthésie réanimation, CHU Bouaké ; république de Côte d'Ivoire*

**Introduction:** Les morsures de serpents constituent un problème de santé publique en Afrique avec 600.000 envenimations et 20.000 décès annuels estimés.

**Objectif :** décrire les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs des morsures de serpents

**Patients et méthodes :** C'est une étude prospective descriptive sur 9 mois (janvier à Septembre 2012) réalisée dans le service de Réanimation du CHU de Bouaké. Etaient inclus dans l'étude tous les patients victime d'une envenimation par un serpent.

**Résultats :** Au cours de cette période 35 personnes ont été incluses et ceci représente 4,8 % des admissions. L'âge moyen était de 27ans avec des extrêmes de 4-90ans. Le sex-ratio était de 2,5. Les cultivateurs étaient les plus touchés (22,85%). Les accidents urbains et champêtres étaient les plus fréquents avec 37,14% chacun. En milieu urbain il s'agissait le plus souvent d'accidents nocturnes entre 18 et 00heures (48,57%). Seulement 2 patients (5,7%) ont formellement identifiés l'animal. Les traces de crochet ont été retrouvées dans 54,28% des cas. Le syndrome vipérin était présent dans 32 cas (91,42%) contre 3 cas de syndrome cobraïque. Le traitement à domicile était fait de scarification (40%), de décoction buvable (40%), d'application de décoction sur les points de morsures (37,14%), de pose de garrot (25,71%) et d'usage de la pierre noire (17,14%). Le délai de consultation moyen était de 10,94heures avec des extrêmes de 1 à 72 heures. Le traitement de Réanimation comportait une désinfection du membre mordu associé à un pansement alcoolisé (85%), un

traitement antalgique (94,28%), une antibioprofylaxie (97,14%) à base d'Amoxicilline –Acide clavulanique et un traitement anti inflammatoire (34,28%). Tous les patients bénéficiaient du sérum anti tétanique. Un seul patient a bénéficié du sérum antivenimeux. L'évolution a été favorable sans séquelle dans 88,57% des cas. La durée moyenne d'hospitalisation était de 1,6 jours avec des extrêmes de 1-7 jours. Deux patients victimes d'envenimation par des serpents à venin neurotrope sont décédés.

#### Conclusion :

Les envenimations par les vipéridés sont les plus fréquentes dans la région de Bouaké au cours des activités champêtres. Les Elapidés sont rarement incriminés et sont responsable des causes de décès par envenimation. La sérothérapie qui permet d'éviter les complications n'est pas toujours disponible dans notre contrée.

**Mots clés :** envenimation, syndrome vipérin, syndrome cobraïque

#### Références

- 1- **Bellefleur J P, Le Dantec P.** Prise en charge hospitalière des morsures de serpent en Afrique. Bull Soc Pathol Exot, 2005, 98,4 : 273-76.
- 2- **De Haro L.** Les animaux toxiques : envenimation et intoxication. In: Daniel V, Barriot P, eds. Intoxication aigues en réanimation .Paris: Arnette, 1999: 581-610 .

**REA 17****Etude de l'état nutritionnel des patients adultes agressés en réanimation au  
CHU Sourô Sanou de Bobo-Dioulasso**

Kb. Ki<sup>1</sup>, Ai Traore<sup>1</sup>, O Da<sup>1</sup>, Raf Kabore<sup>2</sup>, Ct Bougouma<sup>3</sup>, N. Ouedraogo<sup>4</sup>

1 : CHU Sourô Sanou, 2 : CHU Charles de Gaulle, 3 : CHN Blaise Compaoré, 4 : CHU Yalgado Ouédraogo

**Introduction :** La dénutrition touche 10 à 60 % des patients hospitalisés et sa fréquence est particulièrement élevée chez les patients de réanimation, en état d'agression.

**Objectif:** Analyser l'état nutritionnel des « patients adultes agressés » admis dans le service de réanimation du CHU Sourô Sanou

**Méthodologie:** Etude prospective, conduite de Juin à Septembre 2012 portant sur tous les patients adultes agressés. Ont été exclus, les patients de plus de 70 ans et ceux dont la durée de séjour était inférieure à 4 jours. Les critères de définition de la dénutrition étaient : la circonférence brachiale inférieure à 26,4 cm (hommes) ou inférieure à 25,7 cm (femmes), ou l'albuminémie

inférieure à 35 g/l ou le taux de lymphocytes inférieure à 1 500/mm<sup>3</sup>.

**Résultats :** Trente-trois patients ont été inclus. L'âge moyen était de 38,54 ±14,4 ans et le sex-ratio de 2,3. A l'admission, la circonférence brachiale moyenne était de 29,43±3,9 cm, l'albuminémie de 34,81±7,44 g/dl et le taux de lymphocytes de 1998±2194/mm<sup>3</sup>. L'évolution du taux de malnutrition en fonction des critères retenus est illustrée dans le tableau I. La courbe du taux de variation du périmètre brachial présente une corrélation linéaire très forte (p<0,0001), celle de l'albumine une signification statistique moins forte ; l'évolution du taux de lymphocytes n'est pas modélisable.

**Tableau I :** Evolution de la prévalence de la dénutrition en fonction du paramètre considéré

**Conclusion**

Cette étude montre que les patients agressés admis en réanimation sont fréquemment dénutris. Cet état s'aggrave rapidement et sévèrement pendant leur séjour hospitalier. La circonférence brachiale semble le critère le mieux corrélé à l'état nutritionnel. Le statut

nutritionnel des patients est un facteur pronostique reconnu, et il est nécessaire d'élaborer des stratégies de prévention et de prise en charge adaptées.

**Mots clés :** dénutrition- patients agressés-réanimation