

## Urgences

### Emergencies

© SRLF et Springer-Verlag France 2013

#### EP110

##### Les accidents hémorragiques graves aux AVK

F. Benaïssa

*Accueil des urgences, CHU Ibn-Rochd de Casablanca, Casablanca, Maroc*

**Introduction :** Les AVK ont une efficacité prouvée dans la prévention et le traitement des accidents thromboemboliques. Cependant, ils exposent aux risques hémorragiques qui peuvent être graves ; avec une incidence de 3 à 8 %. Le but de ce travail est de décrire le polymorphisme clinique et évolutif de cette pathologie.

**Matériels et méthodes :** Étude prospective non randomisée, inclus tout patient adulte sous AVK présentant un accident hémorragique avec au moins un critère de gravité ; sont exclus les augmentations asymptomatiques de l'INR et les patients sortis contre avis médical avant toute prise en charge.

**Résultats :** On a recueilli 45 malades sur 5 600 sur deux ans, soit un taux de 0,80 % dont la moyenne d'âge était de 65 ans et l'indication principale était les prothèses valvulaires (65 %), l'arythmie complète par fibrillation auriculaire (40 %), thromboses veineuses (14 %) ; le tableau clinique était polymorphe : AVC hémorragique (27 %), Ulcère gastroduodénal (20 %), Hémothorax (18 %), hémopéritoine et hémorétropéritoine (13 %), hématome des membres (9 %), saignement dentaire (7 %). Tous les patients ont bénéficié d'un traitement symptomatique, transfusion de culots globulaires et du plasma frais congelé avec une injection de 10 mg de vitamine K. L'évolution était favorable chez 73 % des patients et le taux de mortalité était de 27 %.

**Conclusion :** Les accidents aux AVK peuvent être mortels, leur prévention nécessite une bonne éducation des patients et le contrôle régulier par l'INR. Grâce à leur maniabilité qui est facile et leur risque d'interaction médicamenteuse qui est faible, les nouveaux anticoagulants peuvent diminuer cette mortalité importante.

#### EP111

##### Prise en charge des œsophagites par ingestion caustique à la phase aiguë aux urgences du CHU d'Oran

H. Mokhtari<sup>1</sup>, S. Benbernou<sup>2</sup>, A. Azza<sup>2</sup>

<sup>1</sup>UMC, CHU d'Oran, Oran, Algérie

<sup>2</sup>UM, CHU d'Oran, Oran, Algérie

**Introduction :** L'ingestion de produits caustiques est une urgence médico-chirurgicale. De nombreux produits ménagers ou industriels aux caractères physico-chimiques différents peuvent être ingérés sur un mode accidentel ou volontaire. L'endoscopie digestive est l'examen de référence permettant de classer les lésions et orienter la thérapeutique. La prise en charge est multidisciplinaire et le médecin réanimateur est souvent en première ligne à la phase aiguë.

**Sujets et méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective, transversale, étalée sur 2 ans allant de janvier 2010 à décembre 2012. Les paramètres étudiés sont l'âge, le sexe, les agents caustiques, les résultats de la fibroscopie, l'indication thérapeutique et enfin l'évolution.

**Résultats :** 60 patients avaient été pris en charge dans notre service des urgences durant cette période. L'âge moyen étant de 25,03 ans. La répartition selon le sexe : 23 hommes pour 37 femmes (sex ratio = 0,62) ; l'ingestion est accidentelle dans 0,7 % et volontaires dans 99,3 %. L'eau de Javel était utilisée par 18 patients soit 30 %, l'acide fluorhydrique par 15 patients (25 %), la soude par 14 (23,3 %), les acides faibles par 10 (16,7 %) et enfin pour 5 % d'entre eux le produit ingéré n'a pas été précisé. Les lésions observées par la fibroscopie digestive haute étaient de type III et IIb dans 5 %, type III dans 3,3 % type IIa IIb dans 10 %, type IIb dans 26,7 %, IIa dans 23,3 % et enfin le type I 18,3 %. La quantité ingérée est de 58 ml pour 60 % des patients alors que 26,7 % ont ingéré jusqu'à 250 ml. Aucune relation entre la quantité de caustique ingérée et le stade lésionnel n'est retrouvée contrairement à la relation avec la nature du caustique : les acides et la soude causent essentiellement des lésions graves type IIb et III ; L'alimentation parentérale a été mise en route dès les résultats de la fibroscopie. Elle a été exclusive pour les malades présentant des lésions stade IIb et III. La durée moyenne était de 3,5 jours avec des extrêmes de de 2 à 50 jours. Une indication opératoire a été posée dans 31,7 % des cas devant les signes cliniques de contractures ou de douleurs abdominales importantes ou d'hémorragies digestives. L'évolution a été marquée par des complications dans 1,6 %. La létalité est corrélée au stade lésionnel.

**Discussion :** L'ingestion caustique chez l'adulte est rarement accidentelle (0,7 %) Elle touche essentiellement la femme. L'eau de Javel est plus facilement utilisée c'est ce qui explique le stade I et II dans la majorité des cas (62 %). L'ingestion de l'esprit de sel s'explique par le fait que ce produit est plus accessible dans les ménages et il a causé des lésions type IIIa et IIIb même pour des petites quantités ingérées. L'acide de batteries a été à l'origine de nécrose de l'œsophage ayant nécessité un stripping en urgence associé à une gastrectomie chez 31,7 % de nos malades. La mise au repos du tube digestif chez tous les malades de stade IIb et plus par contre une alimentation orale et plutôt froide était autorisée pour le reste.

**Conclusion :** Les tentatives de suicide sont de plus en plus fréquentes ; l'utilisation de caustiques montre là une certaine fermeté dans le geste au risque d'une grande souffrance ; s'y reflète un grand malaise créant un véritable problème de santé publique. La ventilation artificielle a été nécessaire lors d'ingestion de l'acide fort (acide de batteries) devant l'importance des lésions et les dégâts causés au sein des organes avoisinants. L'attitude thérapeutique reste donc guidée par la pratique de la fibroscopie à la phase aiguë. Le stade IIb évolue souvent vers la sténose serrée nécessitant une chirurgie dans un 2<sup>e</sup> temps.

**Bibliographie**

1. Veyrie N, Chirica M, Munoz-Bongrand M, et al (2008) Résection digestive en urgence : expérience monocentrique sur une période de 20 ans. *Journées francophones de pathologie digestive*
2. Zargar SA, Kochhar R, Mehta S, Mehta SK (1991) The role of fiberoptic endoscopy in the management of corrosive ingestion and modified endoscopic classification of burns. *Gastrointest Endosc* 37:165-9

**EP112****Influence de la période de ramadan sur l'afflux des patients en salle d'accueil des urgences vitales dans un hôpital algérien**

W. Ghomari<sup>1</sup>, H. Ghlamallah<sup>1</sup>, S. Benrabah<sup>2</sup>, R. Boumlik<sup>1</sup>, S. Bradai<sup>3</sup>, H. Meghraoui<sup>4</sup>, M. Mehali<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Anesthésie-réanimation, CHU Abdelkader-Hassani, Sidi-Bel-Abbès, Algérie

<sup>2</sup>Service de réanimation et urgences, CHU Sidi-Bel-Abbès, Sidi-Bel-Abbès, Algérie

<sup>3</sup>Épidémiologie, CHU Abdelkader-Hassani, Sidi-Bel-Abbès, Algérie

<sup>4</sup>Urgences médicochirurgicales, CHU Abdelkader-Hassani, Sidi-Bel-Abbès, Algérie

<sup>5</sup>Réanimation médicale, EHU « 1<sup>er</sup> novembre » d'Oran, Oran, Algérie

**Introduction :** Le mois de ramadan a lieu depuis trois ans en été, avec une journée du lever au coucher du soleil relativement longue donc une durée de jeûne plus importante. L'objectif de cette étude est de comparer l'activité de la salle d'accueil des urgences vitales (SAUV) pendant le mois de ramadan avec celle du mois précédent, afin de démontrer s'il y a ou non un surcroît d'activité en SAUV pendant le mois de ramadan du fait des grandes chaleurs, des éventuelles ruptures de régimes médicamenteux et du sevrage tabagique liés au jeûne, ainsi que du manque de sommeil et de la baisse de la vigilance des conducteurs.

**Patients et méthodes :** Étude transversale descriptive incluant les patients admis en SAUV d'un centre hospitalo-universitaire pendant la période de ramadan (du 10 Juillet au 09 Août 2013) et le mois précédent (du 10 Juin au 09 Juillet 2013). Ont été exclus les patients âgés de moins de 15 ans. Nous avons divisé les patients en deux groupes : G1 (mois précédent) et G2 (ramadan). Les données épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives ont été recueillies. Les résultats obtenus sur la base du logiciel SPSS 20 sont exprimés en moyenne et en pourcentage.

**Résultats :** 100 patients ont été colligés. G1 comprenait 48 patients (sexe ratio = 3) pour une moyenne d'âge de 49 ans (18-87 ans). Les facteurs de comorbidité retrouvés dans 43,8 % des cas étaient dominés par la maladie néoplasique (28,5 %). G2 comptait 52 patients (sexe ratio = 1,47), la moyenne d'âge était de 45 ans (18-95 ans), et les facteurs de comorbidité étaient présents dans 34,6 % des cas dont l'AVC (7,7 %) et l'association diabète- cardiopathie hypertensive (7,7 %). 22 patients G1 (48 %) ont été admis le soir (20 H-08 H) contre 23 patients G2 (44,2 %) [ $p = 0,87$ ]. Les principaux motifs d'admission étaient les accidents de la voie publique (35,4 %) pour G1, et les troubles de la conscience (36,5 %) pour G2. 18,8 % des patients G1 étaient en état de choc contre 17,3 % G2 ( $p = 0,85$ ). Le Glasgow Coma Score était inférieur à 08/15 chez 9 patients G1 (18,8 %) et 11 patients G2 (21,2 %) ( $p = 0,76$ ). 9 patients G1 (18,8 %) et 9 patients G2 (17,3 %) ont été mis sous assistance respiratoire. Les catécholamines ont été introduites chez 09 patients G1 (18,8 %) et 8 patients G2 (15,4 %). Le taux de mortalité en SAUV était de 8,3 % dans G1 et de 1,9 % dans G2 ( $p = 0,14$ ).

**Discussion :** Il n'y a pas de différence significative dans l'afflux des patients en SAUV entre le mois de ramadan et le mois précédent pendant lequel les conditions climatiques étaient sensiblement les mêmes, et les journées aussi longues.

**Conclusion :** Ces résultats sont en défaveur de l'influence positive ou négative du ramadan sur l'activité en SAUV. Toutefois, pour affiner ces résultats, une étude multicentrique serait nécessaire.

**EP113****Les urgences carcérales**

L. Ait Sayad, K. Khaleq, M. Moussaoui, H. Louardi

Accueil des urgences, CHU Ibn-Rochd, Casablanca, Maroc

**Introduction :** La prise en charge sanitaire des détenus dans les pays en voie de développement n'est pas optimale. L'amélioration de cette prise en charge est requise afin de diminuer la précarité et l'exclusion des détenus. Ce travail propose d'évaluer les motifs d'admission ainsi que d'analyser le circuit parcouru par les prisonniers incarcérés au centre pénitentiaire et au service des urgences.

**Matériels et méthodes :** Il s'agit d'une étude descriptive et analytique sur une période de 7 mois. Ont été inclus tous les détenus âgés de plus de 18 ans admis au service d'accueil des urgences et acceptant de répondre au questionnaire. Les critères d'exclusion sont : les patients âgés de moins de 18 ans, les sujets dont l'état de conscience est altéré et les sujets refusant de répondre aux questions. Les détenus ont été interrogés lors de la consultation médicale dans les services d'accueil des urgences par un praticien n'intervenant pas dans leurs prises en charge médicales. Les données ont été recueillies grâce à une fiche préétablie remplie anonymement et comportant les paramètres démographiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutifs.

**Résultats :** 240 fiches ont été distribuées dont seulement 161 étaient exploitables. L'âge moyen des patients est de 35,5 ans avec une prédominance masculine (sex ratio : 15,1). La tranche d'âge 18-39 ans étant la plus représentée avec 68 %. Les infractions étaient dominées par le vol simple et qualifié dans (36 %) suivi du trafic et consommation de drogue (12 %) et on a objectivé une forte demande de soins chez les détenus ayant une durée de peine de plus de 10 ans. 86 % avaient au moins un antécédent toxique. 19,87 % des patients ont consulté pour agression au sein de l'établissement pénitentiaire et 14,28 % pour auto-agression. Les pathologies digestives viennent en chef de file des motifs de consultation médicale (14,9 %), suivies de la pathologie pulmonaire (13 %) dont la tuberculose (6,21 %) et l'asthme (5,6 %) puis venait le diabète et ses complications (6,83 %) et autres (15,6 %). Le recours à l'imagerie est retrouvé dans 48 % des cas et un bilan biologique a été demandé chez 23 % des détenus. 84 % ont nécessité une prise en charge ambulatoire, 15 % une hospitalisation dans les services de chirurgie tandis que 2 patients ont refusé toute prise en charge.

**Conclusion :** Notre travail reflète les différentes pathologies de consultation des prisonniers dans les services d'urgences pour lesquels une politique de prise en charge sanitaire doit être instaurée. Plusieurs suggestions peuvent être formulées telles que : la mise en place de structures de soins au sein des centres pénitentiaires, lutter contre la surpopulation et enfin instaurer un programme d'éducation des détenus à la santé portant sur l'hygiène et les conduites addictives.

**EP114****Après le damage control et l'évacuation aéroportée stratégique : prise en charge en réanimation des militaires français rapatriés pour traumatisme grave**

E. Falzone<sup>1</sup>, V. Peigne<sup>1</sup>, J.-L. Daban<sup>1</sup>, M. Boutonnet<sup>1</sup>, C. Hoffmann<sup>1</sup>, E. Hornez<sup>2</sup>, R. Barthélémy<sup>3</sup>, B. Debien<sup>1</sup>, F. Pons<sup>2</sup>, S. Rigal<sup>3</sup>, S. Ausset<sup>1</sup>, B. Lenoir<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Département d'anesthésie et réanimation, HIA Percy, Clamart, France

<sup>2</sup>Service de chirurgie thoracique et viscérale, HIA Percy, Clamart, France  
<sup>3</sup>Service d'orthopédie-traumatologie, HIA Percy, Clamart, France

**Introduction :** La chaîne santé du Service de Santé des Armées en opérations extérieures associe sauvetage au combat, médicalisation et chirurgicalisation de l'avant et évacuation sanitaire précoce vers la métropole. Cette organisation a pour vocation de fournir les meilleurs soins possibles aux militaires blessés en opérations extérieures en leur procurant une prise en charge initiale intensive au plus près du théâtre d'opération puis un transfert en milieu spécialisé en métropole. La prise en charge initiale, associant *damage control surgery*, *damage control resuscitation* et techniques transfusionnelles adaptées au contexte a été particulièrement étudiée ces dernières années. Par contre, les modalités de prise en charge en réanimation de ces patients traumatisés, opérés et réanimés sur le théâtre puis rapatriés sur plusieurs milliers de kilomètres moins de 48 heures après le traumatisme, sont moins connues. Ce travail présente l'expérience de l'HIA PERCY dans ce domaine.

**Patients et méthodes :** Analyse rétrospective des dossiers des patients militaires traumatisés pris en charge en réanimation à l'HIA PERCY après évacuation sanitaire aéroportée stratégique entre 2001 et 2012.

**Résultats :** 81 militaires, tous des hommes, ont été inclus. Leur âge médian était de 29 ans (espace interquartile [EIQ] 8,5). Ils avaient été blessés en Afghanistan (57 %), en Afrique (26 %), en ex-Yougoslavie (12 %) dans les DOM-TOM (3 %) et en Sicile (2 %). Le traumatisme était pénétrant dans 55 % des cas. Les principaux mécanismes lésionnels étaient les explosions (40 % dont 18 % par engin explosif improvisé), les accidents de circulation (35 %) et les plaies par arme à feu (15 %). Les blessures concernaient les membres inférieurs chez 52 % des patients, la tête (47 %), les membres supérieurs (41 %), le thorax (39 %) et l'abdomen (33 %). 66 % des patients ont été rapatriés à l'HIA PERCY moins de 48 heures suivant le traumatisme, 16 % entre la 48<sup>e</sup> et la 72<sup>e</sup> heure après le traumatisme. Le rapatriement a eu lieu plus d'une semaine après les faits pour seulement 4 % des patients. A l'arrivée dans le service, l'IGSII médian était à 26 (EIQ 24), le SOFA médian à 4,0 (EIQ 7,3) et l'ISS médian à 21 (EIQ 16). 75 % des patients ont été opérés durant leur séjour en réanimation (nombre médian d'interventions 2 [EIQ 2]). La première intervention a eu lieu dans les 24 heures suivant leur admission pour deux tiers des patients. Un tiers des patients recevaient des catécholamines à l'admission (sevrage en 24 heures dans 84 % des cas). 49 patients étaient ventilés (durée médiane de ventilation 6 jours, EIQ 12,8). 55 % des patients ont été transfusés, 53 % ont reçu une antibiothérapie curative. Une infection nosocomiale a été diagnostiquée chez 40 % des patients et 15 % avaient une infection du site opératoire. Des bactéries multirésistantes ont été isolées chez 40 % des patients. La durée médiane de séjour en réanimation était de 6 jours (EIQ 12,3). Aucun patient n'est décédé.

**Conclusion :** Ce travail, d'une part, témoigne du bon fonctionnement de la chaîne santé du Service de Santé des Armées et, d'autre part, décrit la prise en charge secondaire en réanimation de patients ayant bénéficié d'un *damage control* puis d'une évacuation sanitaire aéroportée de plusieurs milliers de kilomètres. La prise en charge à l'arrivée en métropole est intensive avec souvent une reprise chirurgicale précoce. Les infections sont fréquentes dans cette population ayant été confrontée à des conditions de soins parfois difficiles.

## EP115

### L'unité médicale de transit – naissance dans le cadre de l'opération Serval

M. Boutonnet<sup>1</sup>, A. Cauet<sup>2</sup>, C. Bay<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Réanimation, HIA Percy, Clamart, France

<sup>2</sup>Anesthésie-réanimation, HIA du Val-De-Grâce, Paris, France

<sup>3</sup>Bureau préparation opérationnelle, école du Val-De-Grâce, Paris, France

**Introduction :** L'objectif de ce travail est de présenter le retour d'expérience du premier déploiement opérationnel d'une nouvelle structure médicale de l'avant du Service de Santé des Armées (SSA), dénommée Unité Médicale de Transit (UMT). Cette structure installée sur l'aéroport de Bamako (Mali) dans le cadre de l'opération Serval est dirigée par un anesthésiste réanimateur. Le concept d'emploi est d'assurer l'hospitalisation des militaires nécessitant des soins et d'assurer la mise en condition avant évacuation médicale aérienne stratégique (STRATEVAC) vers la France, voire vers d'autres pays d'Europe, qu'elle que soit la gravité des patients.

**Observation et méthodes :** Le théâtre malien se caractérise par une superficie très grande, alors que la seule piste à pouvoir accueillir les gros porteurs et les avions dédiés aux STRATEVAC est située à Bamako. L'UMT est dotée de 4 lits de réanimation et 26 lits d'hospitalisation, ainsi que d'une demi-dotation de rôle 2 en produits sanguins (15 CGR). L'équipe soignante comprend : 1 anesthésiste réanimateur, 1 médecin généraliste, 1 infirmier anesthésiste, 3 infirmières, 2 aides-soignantes, 1 manipulateur en radiologie, 1 secrétaire.

**Résultats :** Activité de l'Unité médicale de transit.

n = 120	
Sexe (H/F)	110/10
Âge moyen, ans (écart-type)	30,4 (8,4)
Motif d'hospitalisation, n (%)	
Médical	76 (63,3)
Traumatologique	16 (13,3)
Post-opératoire	8 (6,7)
Psychiatrique	13 (10,8)
Autre	7 (5,8)
Devenir des patients, n (%)	
Retour dans l'unité	50 (41,7)
STRATEVAC	70 (58,3)
Individuelle	6 (8,6)
Voie aérienne militaire	61 (87,1)
Voie aérienne civile	3 (4,3)
Durée moyenne de séjour, jours (écart-type)	4,6 (3,1)

**Discussion :** L'activité médicale, lors du premier mandat de l'UMT de Bamako dans le cadre de l'opération Serval, valide le concept d'emploi de la structure car la majorité des patients pris en charge l'ont été en attente de leur STRATEVAC. Il faut cependant souligner le rôle de structure de soins sur le théâtre permettant le retour dans leur unité de plus de 40 % des patients.

**Conclusion :** Le premier déploiement d'une UMT est un succès pour le SSA dans le cadre particulier de l'opération Serval au Mali, témoignant de ses capacités d'adaptation doctrinale.

## EP116

### Prééclampsie sévère : à propos de 111 cas pris en charge dans le service de réanimation de l'hôpital principal de Dakar

E.H.M. Niang

Département d'anesthésie et réanimation, hôpital Principal de Dakar, Dakar, Sénégal

**Introduction :** La prééclampsie définie par l'association hypertension artérielle gravidique et une protéinurie est une urgence obstétricale qui

est encore corrélée d'une lourde mortalité maternofoetale dans notre contexte d'exercice. Cette mortalité pose un réel problème de santé publique en Afrique subsaharienne. Le but de notre travail était de rapporter les aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs de la prééclampsie. Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée dans le service de réanimation médicale et chirurgicale de l'hôpital principal de Dakar sur une période de trois ans du 1<sup>er</sup> janvier 2010 au 31 décembre 2012.

**Résultats :** 111 patientes ont été admises pour prééclampsie sévère. La moyenne d'âge était de 29,5 ans (16-45) et la primiparité était retrouvée dans 25 % des cas. La survenue de la prééclampsie a été diagnostiquée dans 10 cas (9 %) avant la 28<sup>e</sup> semaine d'aménorrhée (SA), dans 23 cas (20 %) entre 28 et 32 SA, et dans 78 cas (70 %) au-delà de la 32<sup>e</sup> SA. Les complications de la prééclampsie retrouvées chez nos patientes étaient : 1) l'éclampsie dans 56 cas ; 2) le HELLP syndrome dans 49 cas ; 3) insuffisance rénale aiguë dans 28 cas ; 4) hématome rétroplacentaire dans 24 cas ; 5) une coagulation intravasculaire disséminée dans 11 cas ; 6) une stéatose hépatique aiguë gravidique dans 2 cas. 84 patientes ont bénéficié d'une césarienne pour interruption de la grossesse. Cette césarienne s'est faite sous anesthésie locorégionale dans 62 % des cas (52) et sous anesthésie générale dans 38 % (32). L'évolution est marquée par une lourde mortalité périnatale : 31 cas soit 27,5 %, et 9 décès maternels (8,1 %). La durée moyenne de séjour était de 4 jours [3-37].

**Conclusion :** Deuxième motif d'admission dans le service, la prééclampsie est une pathologie fréquente dans contexte d'exercice. Elle est encore responsable d'une lourde morbidité et mortalité maternelle et foetale. La prise en charge passe un bon suivi de toute grossesse et une amélioration des structures de prise en charge.

## EP117

### Décompensations aiguës des maladies de système aux urgences

L. Ait Sayad, K. Khaleq, K. El Minwali, K. Yaqini, H. Louardi  
*Accueil des urgences, CHU Ibn-Rochd, Casablanca, Maroc*

**Introduction :** Les maladies de système regroupent des pathologies différentes dans leurs physiopathologies, leurs manifestations cliniques et leurs pronostics. Elles incluent principalement les connectivites et les vascularites. Le but du travail est de déterminer les principales maladies pouvant intéresser le médecin urgentiste en raison de leur potentielle gravité afin d'améliorer leurs prise en charge sur le plan diagnostic et thérapeutique.

**Matériels et méthodes :** Étude rétrospective menée au service d'accueil des urgences sur une période de 24 mois s'étalant de Janvier 2008 à décembre 2010. Ont été inclus tous les patients ayant une maladie systémique admis au service d'accueil des urgences.

**Résultats :** 20 observations ont été retenues dont 19 cas connus porteurs de maladie systémique et 1 cas de Takayasu diagnostiqué au service. Les principales causes de décompensation sont : l'embolie pulmonaire (4 cas), les accidents vasculaires cérébraux (4 cas), l'insuffisance rénale aiguë (3 cas), la méningo-encéphalite (2 cas), le pneumothorax (2 cas), la toxidermie (1 cas), le syndrome hémorragique (1 cas) et une luxation C1C2.

**Conclusion :** Les maladies systémiques sont des maladies hétérogènes dotées d'un potentiel de gravité important et d'une mortalité non négligeable. Les causes de décompensation sont doubles : l'activité de la

maladie elle-même et les complications liées au traitement (immunosuppresseurs/corticoïdes). Ces complications sont représentées essentiellement par les complications infectieuses et cardiovasculaires dont le diagnostic est rendu parfois difficile et le pronostic est particulièrement sévère nécessitant par moment le recours à la réanimation.

## EP118

### États des lieux de la consommation des produits sanguins labiles aux urgences

M. Essakhi

*Réanimation des urgences adultes, CHU Ibn-Rochd de Casablanca, Casablanca, Maroc*

**Introduction :** La transfusion des produits sanguins labiles (PSL) aux urgences est une situation fréquente (10 %) [1], dont les indications sont précises [2]. Le but de notre travail est d'analyser les pathologies les plus pourvoyeuses de transfusion de PSL et de proposer une stratégie transfusionnelle permettant d'optimiser sa prescription aux urgences et de remédier à la pénurie de ces produits.

**Matériels et méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective étalée sur une période de 15 mois. Étaient inclus, tous les patients adultes, hospitalisés en réanimation plus de 24 heures, ayant nécessité une prescription des produits sanguins labiles selon les recommandations internationales [2]. Ont été exclus, tous les patients ayant une anémie chronique bien tolérée ou un trouble de la crase sanguine sans symptomatologie évidente. Les paramètres étudiés étaient les données démographiques, cliniques, les motifs de transfusion de PSL, les différents produits labiles utilisés et le coût.

**Résultats :** Parmi 5 250 hospitalisations, 373 patients ont reçu des produits sanguins labiles (7,1 %). L'âge moyen de nos patients était de 41,25 ans (extrêmes de 15 à 91 ans). Une prédominance masculine a été notée (sex-ratio de 1,84). Les pathologies ayant nécessité le recours aux PSL étaient : Polytraumatisé (47,16 %), l'hémorragie digestive (17,35 %), l'insuffisance rénale chronique (15,13 %), les accidents aux AVK (5,7 %), les maladies néoplasiques (5,43 %), les états septiques (4,94 %). 798 pochettes de culots globulaires CG (soit 142,842 €), 760 pochettes de plasma frais congelé PFC (soit 71,965 €) et 312 pochettes de culot plaquettaire CP (soit 22,798 €) ont été prescrites. Le nombre de PSL demandés et non utilisés étaient de 50 pochettes de CG (soit 8,950 €), 66 pochettes de PFC (soit 6,245 €), et 27 pochettes de CP (soit 1,971 €). On déplore 25 décès (6,7 %), dont la pathologie traumatique (52 %) et digestive (32 %) étaient les plus fréquentes.

**Conclusion :** Le recours aux PSL est fréquent aux urgences. La gravité de l'état des patients est due à l'absence de prise en charge préhospitalière, le caractère tertiaire de notre structure (centre de référence), le manque d'expérience des urgentistes, ceci expliquent cette consommation excessive des PSL. Les solutions proposées pour optimiser cette consommation des PSL sont : la régulation interhospitalière, la formation médicale continue et obligatoire des praticiens hospitaliers.

## Bibliographie

1. Liumbruno G, Bennardello F, Lattanzio A, et al (2009) Recommendations for the transfusion of red blood cells. *Blood Transfus* 7:49-64
2. Rouger P, Andreu G, Noizat-Pirenne F, et al (1995) *Transfusion clinique et biologique*. Vol. 2