

12ème Journée de Médecine d'Urgence du Centre JMUC 2010

CHU Farhat
Hached Sousse

SOUSSE – HOTEL TEJ MARHABA
SAMEDI 13 MARS 2010 – 14H

Les urgences biliaires

**SERVICE DES
URGENCES**

&

**UNITE DE
RECHERCHE
EN CHIRURGIE
UR02SP09**

PROGRAMME

14h : accueil

1^{ère} séance :

Modérateurs : Gh. Ghannouchi, R. Letaief, A. Ben Ali

15h : Cadre nosologique et aspects cliniques des urgences biliaires
(Pr Jaballah Sakhri)

15h30 : Stratégie diagnostique (Pr Fehmi Hamila)

16h : Particularité des urgences biliaires chez le sujet âgé (Dr Khalil
Tarmiz)

16h30 : Discussion

17h : Pause café

17 h : Séance discussion des posters

Modérateurs : Dr A. Khnissi, Dr I. Chouchène, Dr L. Zeglaoui

2^{ème} séance :

Modérateurs : Kh. Ben Jazia , A. Krifa, Dh. Benletaifa

17h30 : Apport de l'endoscopie dans les urgences biliaires (Dr I.
Ben Jazia)

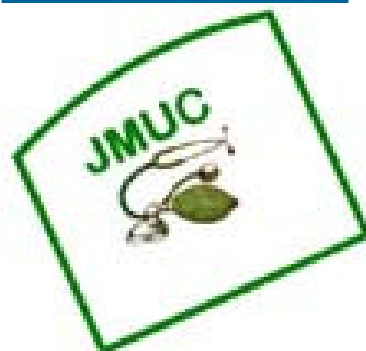
17h45 : Stratégie thérapeutique et aspects chirurgicaux des
urgences biliaires (Pr J. Sakhri, Dr A. Khnissi)

18h10 : Discussion et présentations de cas cliniques

19h : Clôture

*En collaboration
avec*

**LES ANCIENS
DE LA
FACULTE DE
MEDECINE DE
SOUSSE**



Téléphone : 73.221.411 / 2137

Messagerie :

jmuc09@gmail.com

Web : www.efurgences.net

Logistiques :

Mme Amel Thabet

Mme Chourouk Hajjam

Comité scientifique

S. Ghannouchi – R. Letaief – S. Bouchoucha – Kh. Ben Jazia
J. Sakhri – A. Ben Ali – Dh. Beltaifa

Comité d'organisation

M. Gazzah – J. Sakhri – I. El Amri – L. Zeglaoui – A. Ouahchi – S. Amiche
S. El Afrit – A. Lazrak – I. Chouchene

P1 : APPENDICITE AIGÛE ET GROSSESSE A PROPOS DE 28 CAS**Fessi A, Khnissi A, Bedoui S, Braham H, layouni M, Ghrissi R, Hmila F, Sakhri J, Letaief R.****Service chirurgie générale CHU Farhat Hached Sousse**

Introduction : L'appendicite aigue chez la femme enceinte est une entité particulière par ses présentations cliniques, pronostiques et thérapeutiques. Le but de notre travail est d'identifier les difficultés diagnostiques et les moyens thérapeutiques des appendicites aiguës gravidiques.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective d'une série de 28 appendicites aiguës chez des femmes enceintes, prises en charge au service de chirurgie générale et digestive du CHU Farhat Hached, entre janvier 2004 et décembre 2009.

Résultats : 28 cas ont été étudiés, 7 patientes étaient au 1^{er} trimestre de leur grossesse, 10 au 2^e trimestre et 11 au 3^e trimestre. Une douleur abdominale a été notée chez toutes les patientes, avec un siège variable selon l'âge gestationnel. L'échographie abdominale a contribué au diagnostic dans les 20 cas où elle a été réalisée. Le traitement a consisté en une appendicectomie dans tous les cas. Dans le plastron appendiculaire, le traitement a été d'abord médical puis l'appendicectomie a été faite après l'accouchement. Une tocolyse a été instituée dans tous les cas. La mortalité maternelle a été nulle. 12 grossesses ont été suivies jusqu'à l'accouchement: il y a eu une mort fœtale, un accouchement prématuré et 10 accouchements à terme avec enfant vivant.

Conclusion : La grossesse rend difficile le diagnostic de l'appendicite. Un haut indice de suspicion clinique et échographique doit conduire à une appendicectomie menée de préférence par voie coelioscopique.

P2 : PANCREATITE AIGÛE GRAVIDO-PUERPÉRALES : A PROPOS DE 5 CAS**Bedoui S, Khnissi A, Fessi A, Harbi H, Ghrissi R, Hmila F, Sakhri J, Letaief R.****Service chirurgie générale CHU Farhat Hached Sousse**

Introduction: La pancréatite aigue gravido-puerpérale est rare, potentiellement grave et de diagnostic difficile. Son incidence est mal élucidée chez les femmes enceintes. Son pronostic est redoutable aussi bien pour la mère que pour le fœtus. Selon certaines études, il semble exister une relation de cause à effet entre la pancréatite aigue et l'état gravidique. Le but de notre travail est de dégager les particularités diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques de la pancréatite aigue gravidique.

Patients et méthodes: Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée au service de chirurgie générale du CHU Farhat Hached, étendue sur une période de 4 ans à partir du 1er janvier 2005 jusqu'au 31 décembre 2009.

Résultats: Notre étude a concerné 5 cas de pancréatites aiguës gravido-puerpérales. Quatre cas de pancréatite diagnostiqués au cours de la grossesse à des termes de 16, 33, 35 et 40 SA et le cinquième à j27 post partum. L'âge moyen de nos patientes était de 28 ans, une seule patiente avait des antécédents de cholécystectomie, le motif de consultation le plus fréquent était des douleurs abdominales. L'origine biliaire a été retrouvée dans deux cas. L'évolution était favorable pour toutes les patientes avec accouchement normal par voie basse pour trois patientes.

Conclusion: La pancréatite aigue gravidique est de diagnostic difficile du fait d'un utérus gravidique, la biologie et l'échographie abdominale ont un grand apport. Devant la mise en jeu du pronostic materno-fœtal, un diagnostic précoce de cette pathologie est indispensable afin de permettre une prise en charge adéquate

P 3 : PANCREATITE AIGUE HYDATIQUE : A PROPOS D'UN CAS**Harbi H, Ghrissi R, Jaidi R, Khnissi A, Layouni M, Fessi A, Hmila F, Sakhri J, Letaief R.****Service chirurgie générale CHU Farhat Hached Sousse**

Les étiologies des pancréatites aiguës sont dominées par la lithiase biliaire. L'origine hydatique reste rare mais doit être suspectée dans notre pays, où la zoonose hydatique sévit selon le mode endémique.

Nous rapportons l'observation d'une patiente de 44 ans sans antécédents pathologiques notables, qui a présenté une pancréatite aigue dont l'enquête étiologique a retrouvé un KHF type III du secteur postéro latéral droit sans dilatation des voies biliaires et sans lithiase vésiculaire. L'origine hydatique a été retenue et confirmée par la présence de fistules kysto biliaires et de vésicules filles intra vésiculaires.

Le mécanisme de cette forme de pancréatite aigue ainsi que les modalités thérapeutiques seront discutés.

**P 4 : DOULEURS DE LA FOSSE ILIAQUE DROITE :
SYMPTOMES PIEGES CHEZ LA FEMME JEUNE.**

Fessi A. , Sakhri J, Layouni M., Braham H., Harbi H, Khenissi A.,
Hamila F, Tarmiz Kh., Letaief R

Service de Chirurgie Générale – C.H.U. Farhat Hached –Sousse.

Introduction : Malgré les avancées des explorations morphologiques, les douleurs de la fosse iliaque droite chez la femme jeune continuent à poser des problèmes diagnostiques.

But : l'objectif de ce travail est d'identifier les facteurs associés aux diagnostics erronés d'appendicite aiguë chez les femmes jeunes.

Matériels et méthodes : Durant la période du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2009, 27 patientes jeunes (âge de 15 à 45 ans) ont été opérées d'une suspicion d'appendicite au service de chirurgie générale –CHU Farhat Hached – Sousse. Les caractéristiques cliniques, biologiques ainsi que les constatations opératoires et les suites ont été relevées.

Résultats : il s'agissait de 27 cas avec un âge moyen de 28 ans .Dans 14% des cas, le diagnostic initial était erroné. Les diagnostics les plus fréquemment retrouvés étaient en premier lieu la salpingite aiguë (89 %), suivie de l'ovulation hémorragique et la gastro-entérite (7 %). Dans les cas de diagnostic erroné, les patientes présentaient souvent des douleurs hypogastriques associées, ou des douleurs diffuses et bilatérales. Une température chiffrée à 39°C ou plus était fréquemment retrouvée. L'atypie du tableau clinique est associée à une augmentation de la durée d'hospitalisation (7 versus 2 jours)

En conclusion, l'incidence de diagnostic erroné d'appendicite aiguë chez les femmes en période d'activité génitale est relativement élevée.

P 5 : LES PLAIES PENETRANTES DE L'ABDOMEN

Braham.H, Sakhri J, Khenissi.A, Layouni M, El Ghali .A, Ghrissi.R, Hamila.F, Letaief.R.

Service de chirurgie générale, CHU Farhat Hached Sousse.

Les plaies pénétrantes de l'abdomen sont en augmentation incessante et nécessitent une prise en charge pluridisciplinaire. Dans ce cadre, nous avons rapporté une série rétrospective portant sur 52 cas de plaies pénétrantes de l'abdomen pris en charge au service de chirurgie générale du CHU Farhat Hached de Sousse durant 8 ans (Janvier 2000- décembre 2007) dont le but est d'étudier les aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques des plaies abdominales par arme blanche.

La médiane d'âge était de 27 ans et le sex ratio était de 9,4. Les plaies se sont déroulées surtout au cours de la saison estivale en première position suite aux agressions (88,5 %)

L'évaluation initiale des patients fondée sur l'examen physique sériel, l'échographie abdominale, la tomodensitométrie abdomino-pelvienne et l'exploration locale de la plaie a permis d'adapter la prise en charge thérapeutique.

17 patients (32,7%) ont été immédiatement opérés devant la présence de signes de gravité cliniques (instabilité hémodynamique : 4 cas, éviscération : 9 cas, défense abdominale : 1 cas) ou à l'imagerie (pneumopéritoine : 1 cas, épanchement péritonéal isolé (4 cas) ou associé à une lésion viscérale (1 cas) 35 patients (67,3 %) n'ont présenté aucun signe de gravité et ont bénéficié d'une surveillance rapprochée pour détecter un éventuel signe d'appel pouvant faire réviser la décision thérapeutique. Tous ces patients ont eu un traitement conservateur.

L'évolution était spontanément favorable dans 88 % des cas. Un seul décès, par probable embolie pulmonaire a été noté dans la série ce qui correspond à un taux de mortalité de 2 %

La durée moyenne d'hospitalisation pour les patients non opérés était de 2 jours et demi avec des extrêmes allant de un jour à 7 jours alors que la durée d'hospitalisation des patients opérés variait de 2 à 21 jours.

L'étude de notre série couplée à l'analyse de la littérature a permis de proposer une démarche diagnostique et thérapeutique.

P 6 : HEMORRAGIE DIGESTIVE HAUTE REVELATRICE D'UNE TUMEUR STROMALE GASTRIQUE

Braham.H, Sakhri.J, Layouni M, Fessi A, Khenissi.A, Ghrissi.R, Hamila.F, Letaief.R.
Service de chirurgie générale, CHU Farhat Hached Sousse.

Les tumeurs stromales gastro-intestinales sont des tumeurs mésoenchymateuses rares se développant dans la majorité des cas aux dépens de l'estomac et du grêle. La symptomatologie est non spécifique, représentée par des hémorragies digestives le plus souvent occultes, des douleurs abdominales atypiques de type obstructif, ou la perception d'une masse abdominale lorsque le volume tumoral devient important. Nous rapportons l'observation d'une patiente âgée de 40 ans, sans antécédents pathologiques notables admise pour hémorragie digestive haute associée à des douleurs abdominales atypiques. A l'examen : présence d'une grosse masse sus ombilicale de 15cm de diamètre mobile et non douloureuse à la palpation. La FOGD a montré des ulcérations muqueuses en regard d'une voussure antrale évoquant une lésion sous muqueuse. La TDM a fait suspecter une tumeur stomale gastrique.

La laparotomie exploratrice a montré une tumeur antrale à développement exoluminal qui envahit le colon transverse. Il lui a pratiqué une gastrectomie polaire inférieure associée à une colectomie transverse. Les suites opératoires étaient favorables.

L'examen anatomopathologique de la pièce de résection a affirmé qu'il s'agit d'une tumeur stromale gastrique.

Les aspects cliniques et thérapeutiques de cette entité seront discutés.

P 7 : CHLECYSTITE AIGUE ET GROSSESSE (A PROPOS D'UN CAS)

A. Agili, C .Mrezguia, N. Bannani, A. Krir, A. Falfoul

Service de gynécologie-obstétrique CHU Mohamed Tlatli Nabeul

INTRODUCTION :

La grossesse est associée à un risque accru de lithiase biliaire. En effet, l'état gravidique est responsable d'une relaxation du muscle lisse vésiculaire et d'une augmentation de la cristallisation du cholestérol. Le tableau clinique en cas de grossesse ne comporte aucune spécificité.

La cholécystite reste une urgence médico-chirurgicale. Le pronostic fœtal et maternel est conditionné par la précocité de la prise en charge

OBSERVATION :

Il s'agit de Mme M.H, âgée de 40 ans, obèse avec un BMI à 30, deuxième geste primipare, sans antécédents pathologiques notables qui s'est présentée à nos urgences pour des douleurs abdominales aiguës sur un terme de 25 SA. L'examen a trouvé :

- * une fièvre à 38°C
- * Etat hémodynamique stable
- * subictère conjonctival
- * sensibilité de l'hypochondre droit
- * HU conforme au terme.
- * Toucher vaginal : col long fermé postérieur, pas d'écoulement liquidien

L'échographie obstétricale trouve une grossesse mono fœtale évolutive conforme au terme.

L'échographie abdominale a objectivé une vésicule biliaire distendue avec une paroi épaissie et un sludge intra vésiculaire.

Le diagnostic de cholécystite a été retenu. La patiente a été mise sous antibiothérapie et une cholécystectomie par laparotomie a été pratiquée dans 24 heures. Une tocolyse par inhibiteurs calciques pendant 48 heures en post opératoire a été instaurée à titre préventif. Les suites ont été simples.

CONCLUSION :

L'état gravide ne doit ni égarer le diagnostic ni retarder la prise en charge thérapeutique basée sur l'antibiothérapie suivie de cholécystectomie. Le pronostic maternel prime toujours sur le pronostic fœtal vu le risque de septicémie.

P 8 : L'ETAT DE CHOC EN OBSTETRIQUE
EXPERIENCE DE LA MATERNITE DE L'HOPITAL REGIONAL DE NABEUL
A Krir, C. Mrezguia, N. Bannani, S. Chachia, A. Falfoul.
Service de gynécologie obstétrique, hôpital régional de Nabeul

Introduction :

L'état de choc (EDC) en obstétrique est une complication gravissime pouvant être rattachée à plusieurs étiologies dont la plus fréquente est l'hémorragie.

En l'absence d'une prise en charge rapide le pronostic maternel et foetal est sombre.

Patientes et méthodes :

Nous rapporterons à travers 12 cas colligés dans notre service, durant la période de Janvier 2008 à janvier 2010, les principales étiologies ainsi que les modalités diagnostiques et thérapeutiques.

Résultats :

Age moyen des patientes : 34 ans

Aucun antécédent médical n'a été noté.

Les étiologies se répartissent comme suit ;

- Hémorragie du troisième trimestre et hémorragie du post partum ; 8 cas
- Rupture d'un anévrysme de l'artère splénique : 2 cas
- Embolie amniotique ; 1 cas.
- Origine allergique : 1 cas.

Le traitement était adaptée en fonction de l'étiologie ;

Remplissage vasculaire ; toutes les patientes.

Transfusion massive ; 10 cas.

Une intervention chirurgicale a été pratiquée chez toutes les patientes.

L'hystérectomie d'hémostase a été réalisée chez 4 patientes

La splénectomie avec ligature de l'anévrysme a été effectuée chez les deux patientes.

L'état de choc nous a paru évitable chez 6 patientes (50%) si une surveillance rigoureuse du post partum a été assurée.

Un seul décès (embolie amniotique) a été déploré.

Un seul cas de MFIU a été enregistré des l'arrivée de la patiente dans notre service (hématome retro placentaire).

Conclusion :

L'état de choc en obstétrique est une situation gravissime qui menace la vie de la mère et de son futur enfant, les étiologies sont dominées par les hémorragies. Malheureusement il est dans la majorité des cas évitable.

Seuls un bon suivi prénatal et une surveillance rigoureuse de l'accouchement et du post partum permettent de réduire la mortalité maternofoetale liée à cet accident.

P 9 : UNE ETIOLOGIE EXCEPTIONNELLE DE LA PANCREATITE AIGUE.

Braham.H, Sakhri.J, Khenissi.A, Elgali.A, Layouni M., Harbi.H, Ghrissi.R, Hamila.F, , Letaief.R.

Service de chirurgie générale, CHU Farhat Hached Sousse.

Les hématomes intra muraux du tube digestif secondaires à un surdosage en AVK sont rares et surviennent souvent au niveau du grêle, la localisation duodénale est rare et se manifeste essentiellement par des épigastralgies associées à des signes de sténose digestive haute.

Nous rapportons l'observation d'une patiente âgée de 56 ans, sous AVK pour sténose mitrale, admise pour hémorragie digestive haute associée à des épigastralgies intenses avec à la biologie un surdosage en AVK et une hyperamylasémie à 10x normale, la FOGD a montré un saignement provenant de D2, le scanner abdominal a montré un volumineux hématome pariétal de D2 et D3 avec un pancréas augmenté de taille et infiltration de la graisse péri pancréatique. L'évolution était favorable sous traitement médical. L'originalité de cette observation réside dans l'étiologie de la pancréatite aigue.

P 10 : HEMORRAGIE DU POST PARTUM
EXPERIENCE DE LA MATERNITE DE L'HOPITAL REGIONAL DE NABEUL
A Krir, C. Mrezguia, Agili M. Alouani, A. Falfoul.
Service de gynécologie obstétrique, hôpital régional de Nabeul

Introduction :

L'hémorragie du post partum constitue la 1^{ère} cause de morbi-mortalité maternelle. Elle complique 11 à 25 % des accouchements. Les facteurs de risque sont nombreux, mais cette situation est souvent imprévisible. La précocité de la prise en charge conditionne le pronostic.

Patientes et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 96 patientes colligées au service de gynécologie obstétrique de l'hôpital régional de Nabeul sur une période allant de Janvier 2008 à Juin 2009.

Résultats :

L'âge moyen de nos patientes est de 28 ans (24 à 37 ans)

Des facteurs de risque ont été présents chez 76 patientes, ils se répartissent comme suit :

Multiparité chez 36 patientes, macrosomie chez 15 patientes, travail prolongé chez 20 patientes, extraction instrumentale chez 9 patientes et utérus cicatriciel chez 13 patientes. Les facteurs de risque sont souvent intriqués.

L'étiologie a été dominée par l'inertie utérine, 4 cas de lésions cervico-vaginales et 7 cas de placenta prævia ont été notés.

Le travail était spontané dans chez 52 patientes avec une durée moyenne de 8 heures et 40 minutes.

La voie d'accouchement est la voie basse dans 68% des cas.

Le poids à la naissance moyen est de 3950g (3600g à 4800g)

L'hémorragie a été jugée grave chez 42 patientes avec une déglobulisation moyenne de 4,3g/dl.

Le traitement de 1^{ère} intention a été le syntocinon, il était suffisant chez 8 patientes. Le recours au Nalador a été fréquent (72 patientes). Le traitement chirurgical a été nécessaire chez 16 de nos patientes. La ligatures des artères hypogastriques a été suffisante dans 06 cas, 3 cas de triple ligature, sinon on a eu recours à une hystérectomie d'hémostase (7 cas).

Aucun décès maternel n'a été déploré.

Les suites opératoires ont été marquées par la survenue d'une infection chez 8 patientes : 5cas d'endométrites, 3 cas d'abcès de paroi.

Conclusion :

Les prostaglandines (Nalador) ont nettement amélioré le pronostic des hémorragies du post partum. Le principal facteur pronostique reste le délai de prise en charge. La chirurgie doit rester l'ultime recours, sans retard de décision, les différentes techniques doivent être maîtrisées par tout obstétricien en exercice. Le facteur VII recombinant activé est de proposition récente, il est de plus en plus utilisé dans les pays développés mais son efficacité reste à prouver par des études pertinentes.

P 11 : LES HEMORRAGIES GENITALES DU TROISIEME TRIMESTRE**M. Braham. C. Mrezguia, A. Ajili. A. Mahdhi A. Falfoul.*****Service de gynécologie obstétrique hôpital régional de Nabeul.*****INTRODUCTION**

C'est un saignement extériorisé par les voies génitales au cours du 3ème trimestre de la grossesse, c'est une urgence obstétricale. Elles se voient dans 5% des grossesses.

Elles comportent un risque important de mortalité et de morbidité foétale et maternelle.

PATIENTES ET METHODES

Etude rétrospective s'étalant sur 6 mois de début juillet 2009 à fin décembre 2009

Cette étude a inclut toutes les patientes qui ont consulté nos urgences pour saignement et dont l'examen clinique a confirmé l'existence de métrorragies.

RESULTATS :

35 patientes. Age moyen : 29 ans. Gestité moyenne : 4. Parité moyenne : 3.

Etiologies du saignement :

- Causes extra utérines : polype 1 cas ; rapport sexuel 5 cas.
- Hématome rétro placentaire : 1 cas.
- Placenta prævia : 3 cas.
- Pré rupture et rupture utérines : 5 cas.
- Perforation ancienne post IVG colmaté par de l'épiploon.
- Entrée en travail: 19 cas.

Le saignement était considéré comme abondant chez quatre patientes ayant nécessité une transfusion sanguine : 1 HRP ; 2 placenta prævia ; 1 ; rupture utérine sur antécédent de perforation.

Un état de choc à été observé chez deux patientes.

Le taux d'hémoglobine est resté stable chez nos patientes mis a part les quartes patientes ayant nécessité une transfusion.

Le taux de césarienne était élevé chez ces patientes (15 cas).

L'hystérectomie d'hémostase a été nécessaire au cours d'un HRP et d'une rupture utérine. On n'a pas noté de complications infectieuses ni thromboemboliques chez ces patientes.

Aucun décès maternel n'a été déploré.

Deux morts per partum ont été observées au cours de cette étude.

CONCLUSION

C'est l'urgence obstétricale par excellence. Elle impose une prise en charge médicale et obstétricale rapide.

Le traitement doit être bien codifié et basé sur l'enquête étiologique.

La connaissance de cette pathologie et la maîtrise de ces complications permettront sans doute une réduction importante de la morbidité et la mortalité materno foétale.

**P 12 : PANCREATITE AIGUE ET GROSSESSE :
A PROPOS D UN CAS ET REVUE DE LA LITTERATURE**
K.Reguieg ; C.Mrezguia ; S. Kouas ; N.Sghaier ; A.Falfoul
Service de gynécologie obstétrique Nabeul

INTRODUCTION : L'association pancréatite aigue et grossesse est rare, sa fréquence est de 1/1000 à 1/10000. Elle est de diagnostic difficile, et de pronostic sombre.

OBJECTIFS : Faire une mise au point sur la pancréatite aigue gravido-puerpérale, dans le but d'éclaircir son étiopathogénie et mettre l'accent sur les particularités de sa prise en charge diagnostiques et thérapeutiques.

OBSERVATION : Nous rapportons 1 cas de pancréatite aigue associée à la grossesse colligée dans la maternité universitaire de Nabeul chez une patiente âge de 31 ans, G1P1, sans antécédent de dyslipidémie ayant présenté à 33 semaines d'aménorrhée des douleurs épigastriques subaiguës transfixiante avec vomissements.

L'examen a montré une patiente apyrétique, avec TA normale. L'abdomen présentait une sensibilité épigastrique mais sans vésicule palpable ni hépato splénomégalie. L'examen obstétrical a objectivé une grossesse évolutive sans complications.

Le bilan biologique a montré un bilan pancréatique perturbé, pas d'anomalies des enzymes hépatiques.

L'échographie a montré une vésicule biliaire lithiasique à paroi fine avec une dilatation modérée de la voie biliaire principale.

La patiente a été transférée au service de chirurgie générale devant la suspicion d'une pancréatite aigue d'origine lithiasique.

La scanographie abdominale confirmait le diagnostic montrant une inflammation du pancréas et de la graisse péri pancréatique sans coulées de nécrose.

Elle a bénéficié d'une réanimation hydro électrolytique avec amélioration clinico biologique et scanographique. Le déroulement ultérieur de la grossesse était sans incidents avec un accouchement à terme par voie basse.

CONCLUSION : La grossesse n'est pas une cause de pancréatite aigue mais modifie la proportion des différentes étiologies. La précocité du diagnostic, par les dosages enzymatiques permet d'effectuer rapidement une prise en charge multidisciplinaire adaptée. Les progrès des moyens diagnostiques et thérapeutiques ont amélioré le pronostic tant maternel que fœtal.



www.efurgences.net

P 13 : LES DIFFICULTES DE PRISE EN CHARGE DES DOULEURS ABDOMINALES AIGUES DU SUJET AGE**F.Graa, F. Benzarti*, A. Ounelli, F. Miled, A. Jerbi, G. Ghannouchi.****Service des urgences CHU Sahloul***** G S B M'saken**

Introduction : La fréquence des consultations aux urgences, et les répercussions graves que peut entraîner une hospitalisation sur l'équilibre psychique et physique du sujet âgé, soulignent la particularité de l'urgence en médecine gériatrique et la nécessité de protocoles spécifiques.

La douleur abdominale aiguë (DAA) du sujet âgé constitue un motif de consultation assez fréquent au service des urgences. Les protocoles de prise en charge de ces patients sont en perpétuel changement.

Objectif : est de souligner la difficulté diagnostique et thérapeutique des sujets âgés présentant des douleurs abdominales aiguës et par conséquent de dresser une stratégie de prise en charge adéquate.

Méthodologie : C'est une étude rétrospective effectuée au service des urgences du CHU Sahloul en 2004 sur 230 cas, concernant les patients âgés de plus de 60 ans, admis à l'UHCD (déchoquage, observation) pour douleur abdominale aiguë non traumatique. Recueil des données sur une grille préétablie. Analyse des données par le logiciel SPSS.

Résultats : Au cours de l'année 2004, 230 patients âgés de plus de 60ans et présentant des DAA ont été admis à l'UHCD. 57% sont de sexe féminin, 70 % des patients sont âgés de moins de 75 ans. 12 % (27) ont du séjourner plus de 6 heures aux urgences. Le un tiers des patients (33%) ont été hospitalisés dans un autre service. le un quart (23%) ont été transférés dans un service chirurgical.

23%(53) ont été mis sortants sans diagnostic établi, 6,5% (15) ont été hospitalisé pour une pathologie cardio-vasculaire.

Conclusion : Les sujets âgés consultent souvent tardivement pour douleur abdominale aiguë dont le diagnostic est souvent difficile, nécessitant des explorations paracliniques multiples. La prise en charge de ces patients nécessite l'établissement des protocoles : du triage à l'accueil, d'exploration, de surveillance à l'UHCD et de suivi des patients.

P 14 : TRAUMATISME DORSAL GRAVE PAR ARME BLANCHE (A PROPOS D'UN CAS)**M. MOUSSA, R.ESSEFI, N.ABBES, L.MNIF, B.KANOUN, H.KSIBI, T.GHNAINIA, N.REKIK****SAMU-Urgences CHU H. Bourguiba SFAX**

INTRODUCTION : Le pronostic des plaies pénétrantes par arme blanche au niveau dorsale est strictement lié à la gravité de l'état hémodynamique et respiratoire ainsi qu'au délai et la qualité de prise en charge. Nous rapportons le cas d'un traumatisme pénétrant impressionnant au niveau dorsal (avec atteinte thoracique et rachidienne) par arme blanche dont l'évolution a été spectaculairement favorable sur le plan vital et fonctionnel.

OBSERVATION : Il s'agit d'une jeune fille de 17 ans, qui, suite à un conflit avec l'agresseur, a essayé de s'enfuir, mais ce dernier l'a poignardé de derrière occasionnant 3 plaies en regard de la scapula droite, une 4ème plaie en regard de la ligne axillaire postérieure gauche (de 2 cm de diamètre chacune), enfin la lame du couteau s'est enfoncée en regard de D6. La patiente a été transportée par l'équipe du SAMU04 en collaboration avec l'équipe de l'hôpital Bir Ali Ben Khlifa (relevage par scoop en position ventrale). L'examen initial note : une patiente consciente coopérante hyperalgique, PA = 11/6, FC = 130b/mn régulière, FR = 32c/mn, SaO2 = 96% sous 8l/mn O2, l'auscultation pulmonaire montre un silence auscultatoire bilatérale et l'examen neurologique ne montre pas de déficit. Acheminée directement au service de radiologie, la TDM thoracique et du rachis dorsale de la patiente, montre un pneumothorax bilatérale de grande abondance, la lame du couteau entre D6 et D7 avec arrêt au niveau du corps de D6 et passage juxta médullaire. La décision a été de l'acheminer directement au bloc opératoire avec prise en charge multidisciplinaire (orthopédique et chirurgie cardio vasculaire et thoracique), où un drainage thoracique bilatéral et une extraction de la lame du couteau ont été effectués avec constatation de l'intégrité de la ME. Par conséquent les suites opératoires ont été favorables aussi bien sur le plan vital que fonctionnel.

CONCLUSION : Les Conditions de relevage, de transport et de prise en charge initiale multidisciplinaire, permettent certainement de minimiser les dégâts lésionnels et de prévenir les complications.

P 15 :**PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE DES FEMMES ENCEINTES ANEMIQUES DANS LA PMI RIADH****Chaieb Radhia, Grira Mounir, Ezaoui Moncef, Deghrir Weded,****Guddes Souhir , Bouzaiyene Fatma****Institut supérieur des sciences infirmières de Sousse**

INTRODUCTION : Considérée comme une pathologie obstétricales au tiers monde, l'anémie ferriprive est l'un des problèmes de santé publique les plus fréquents principalement chez les femmes enceintes qui manquent de fer en raison des besoins accrus de leurs organismes. En effet, cette pathologie a des répercussions sur la santé de la mère et du fœtus. Quel est le nombre de femmes enceintes anémiques dans la PMI Riadh ? Quels sont les facteurs de risque liés à cette pathologie ?

OBJECTIFS :

-Etudier et évaluer le profil épidémiologique des femmes enceintes anémiques ayant consulté au centre de PMI Riadh1 au cours de l'année 2009, ainsi que l'impact du traitement donné à cette population.

-Déterminer les défaillances et proposer les mesures correctives jugées utiles.

METHODOLOGIE :

Pour mieux cerner cette pathologie, on a procédé à une enquête rétrospective par l'étude des dossiers de la population de femmes enceintes ayant consulté durant l'année 2009 à la PMI Riadh1. par le biais d'une fiche de recueil de données comportant dix critères se rapportant au profil épidémiologique de cette population, aux facteurs de risque liés à l'anémie, au traitement et à l'évolution de l'état de la femme enceinte anémique.

RESULTATS : Parmi les 167 femmes enceintes ayant été examinées par les sages femmes au centre PMI Riadh , on constate que 37% présentent une anémie, ce qui représente un taux assez élevé nécessitant un suivi particulièrement adapté. i 63%du groupe examiné sont âgées entre 17 et 25 ans, on constate que presque 15% présentent un facteur de risque de la grossesse actuelle se rapportant à l'âge (plus de 35 ans)

18% du groupe examiné souffrent d'anémie sévère (<9g/L)

RECOMMANDATIONS :

Tout le personnel de la santé, et surtout les intervenants dans le cadre du programme national de la protection maternelle et infantile est appelé à intensifier les efforts pour mettre en relief les modalités de lutte contre l'anémie surtout celle associée à la grossesse. Les responsables dans le domaine de la nutrition sont appelés à envisager un programme visant à enrichir les aliments préparés industriellement en fer comme cela a été le cas pour l'iode.

CONCLUSION : .Notre étude a démontré que cette pathologie est fréquente dans l'échantillon étudié de femmes enceintes. En parallèle, cette pathologie peut être associée à divers facteurs de risque qui peuvent mettre en jeu le pronostic vital de la mère et celui du fœtus, tels que l'analphabétisme, l'âge de la mère, la multiparité.

L'IMPACTE DE L'HYGIENE DE VIE SUR L'ETAT D'EQUILIBRE DU DIABETE TYPE 2**Chaieb Radhia, Grira Mounir, Ezaoui Moncef, Deghrir Weded, Knani Hejer,****Guddes Souhir ,Bouzaiyene Fatma****Institut supérieur des sciences infirmières de Sousse**

Le diabète est une maladie chronique secondaire due à des facteurs héréditaires et environnementaux. C'est un problème majeur de la santé publique surtout avec l'augmentation de l'incidence du diabète pratiquement dans toutes les régions du globe et l'augmentation de l'espérance de vie. Les complications de diabète sont nombreux tel que: les maladies cardiovasculaires, les problèmes oculaires, les ulcérations du pied, l'insuffisance rénale. Pour cela la question qui se pose: - comment peut on prévenir la survenu de ces complications chez les diabétiques?

Objectif : éduquer le patient sur l'hygiène de vie pour éviter les complications du diabète

Méthodologie :

C'est une enquête fait par un questionnaire comportant 30 questions destinée à un échantillon qui se compose de 50 patients diabétiques avant et après une séance d'éducation.

Résultats : 74% sont issues de famille diabétique.

-52% de la population sont des analphabètes. Par contre l'ancienneté de la maladie au niveau de cette population est inférieur à 10 ans et d'ailleurs justifié par les réponses au questionnaire que 66% connaissent clairement leur maladie.

70% des patients qui font le contrôle mensuel de glycémie.

80% des diabétiques possèdent un carnet de la surveillance et pensent qu'il est important.

54% de patients connaissent que l'obésité est un facteur de risque. Recommandations

Afin de minimiser les défaillances des connaissances de cette population cible. Il faut:

- Renforcer la prise en charge éducative de diabétique.

-Augmenter le nombre des consultations au moins deux fois par mois à la place d'une visite par trois mois.

-Organiser des séances de formations ayant pour but d'améliorer la qualité de la prise en charge du diabétique d'information, d'éducation.

Conclusion : Donc l'éducation bien structurée de la part du personnel paramédical permet d'éviter ces complications surtout en insistant sur l'auto prise en charge de diabète sur le plan: traitement et hygiène de vie.



www.efurgences.net