

## Réanimation pédiatrique

ID: 485

### Facteurs pronostiques des enfants traumatisés crâniens hospitalisés en milieu de réanimation

S. Fredj\*(1), H.Blaïti(2), M.Mejri(3), M.Marzouki(1), E.Manai(4), M.Hmida(5), Y.Trabelsi(5), S.Hadji(5), M.Trifa(5)

(1) Service d'anesthésie réanimation, hôpital d'enfants de Tunis Bechir Hamza, Tunis, Tunisia , (2) Service d'anesthésie réanimation, Hôpital d'Enfants Bechir Hamza de Tunis, Tunisie, Tunisia , (3) Service d'anesthésie réanimation, hôpital d'enfants de Tunis Bechir Hamza, Tunis, Tunisia , (4) Service d'anesthésie réanimation, hôpital d'enfants de Tunis Bechir Hamza, Tunis, Tunisia , (5) Service d'anesthésie réanimation, hôpital d'Enfants de Tunis Bechir Hamza, Tunis, Tunisia

*\*Auteur présenté comme orateur*

#### Position du problème et objectif(s) de l'étude:

Le traumatisme crânien (TC) est un motif fréquent d'hospitalisation en réanimation pédiatrique. L'objectif de notre étude était de décrire les aspects épidémiologiques et d'en dégager les facteurs pronostiques chez les enfants traumatisés crâniens hospitalisés en milieu de réanimation.

#### Matériel et méthodes:

Étude rétrospective, ayant inclus les patients TC hospitalisés dans notre réanimation pédiatrique entre janvier 2019 et décembre 2022. Les décès survenus pendant les premières 24h et imputés directement à une cause autre que le traumatisme crânien (état de choc hémorragique, cause respiratoire) n'ont pas été inclus. Pour chaque enfant, nous avons noté les données démographiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutives. En tenant compte du Glasgow Coma Scale (GCS) le plus bas durant la phase aiguë de prise en charge, le TC a été considéré grave, modéré ou léger lorsque le GCS était respectivement <9, de 9-12 et de 13-15.

Nous avons utilisé le test de Chi2 et au besoin la correction de Fisher pour comparer les variables qualitatives, et le test t de student pour comparer les variables quantitatives. Nous avons mené une analyse multivariée par régression logistique pour déterminer les facteurs indépendants de mortalité dans notre série. Le seuil de signification a été fixé à 0,05.

#### Résultats & Discussion:

Nous avons inclus 219 patients dans notre étude. L'âge moyen était de  $6,1 \pm 3,9$  ans avec des extrêmes allant de 1 mois à 14 ans et une nette prédominance masculine (sex-ratio à 2,5). Les deux principales étiologies du TC étaient les accidents domestiques (47,9%) et les accidents de la voie publique (46,1%). Le TC était isolé dans 59,8 % des cas. Les lésions associées les plus fréquentes étaient l'atteinte thoracique (21,9%) et l'atteinte périphérique (21%). Le TC était grave dans 47,5% des cas. Une instabilité hémodynamique dès l'admission a été observée dans 19,2% des cas. Le taux de mortalité était de 10,04%. Elle n'a concerné que les enfants traumatisés crâniens graves.

La parfaite maîtrise des agressions cérébrales secondaires d'origine systémique (ACSOS) a été identifiée comme facteur protecteur par rapport à la mortalité dans notre série ( $p < 10^{-3}$ ).

#### Conclusion:

Dans notre série, un GCS et un taux d'hémoglobine initiaux bas, et le recours au sérum salé hypertonique 3% lors de la prise en charge étaient identifiés comme facteurs pronostiques indépendants de mortalité chez les enfants traumatisés crâniens hospitalisés en milieu de réanimation.

**Tableau I : Facteurs pronostiques de mortalité chez les enfants traumatisés crâniens en milieu de réanimation pédiatrique**

	Groupe 1 : Décédés (N=22)	Groupe 2 : Survivants (N=197)	ANALYSE UNIVARIEE	ANALYSE MULTIVARIEE
Perte de connaissance initiale (N)	21	123	0,002	NS
GCS initial	4,7 ± 1,9	9,9 ± 3,5	<10 <sup>-3</sup>	0,03
Mydriase (N)	12	4	<10 <sup>-3</sup>	NS
Intubation d'emblée (N)	22	111	<10 <sup>-3</sup>	NS
Instabilité hémodynamique (N)	15	27	<10 <sup>-3</sup>	NS
Œdème cérébral (N)	11	25	<10 <sup>-3</sup>	NS
Engagement cérébral (N)	9	14	<10 <sup>-3</sup>	NS
Aggravations des lésions cérébrales (N)	14	52	0,003	NS
Lésion abdominale associée (N)	6	18	0,021	NS
Recours au sérum salé hypertonique 3% (N)	19	39	<10 <sup>-3</sup>	0,019
Recours à la noradrénaline (N)	22	48	<10 <sup>-3</sup>	NS
Durée d'utilisation de la noradrénaline (jours)	4,39 ± 2,93	2,2 ± 1,7	0,006	NS
Transfusion (N)	15	86	0,001	NS
Taux d'hémoglobine initial (g/dl)	9,17 ± 2,32	10,19 ± 1,9	0,025	0,023
Taux de prothrombine (%)	53,94 ± 15,24	78,59 ± 14,28	<10 <sup>-3</sup>	NS

GCS : Glasgow Coma Scale.

Les auteurs déclarent ne pas avoir toute relation financière impliquant l'auteur ou ses proches (salaires, honoraires, soutien financier éducationnel) et susceptible d'affecter l'impartialité de la présentation.