

Insuffisance rénale aiguë

Acute renal insufficiency

© SRLF et Springer-Verlag France 2011

SO001

Le doppler des artères inter-lobaires : peut-il prédire la variation du débit urinaire en réponse à une expansion volémique ?

M. Moussa, S. Scolletta, P. Pasquier, F.S. Taccone, J.L. Vincent, D. de Backer

Service de réanimation médicochirurgicale, hôpital universitaire Erasme, Bruxelles, Belgique

Introduction : La dysfonction rénale aiguë du patient critique est une complication fréquente dont la prévention, le diagnostic et le traitement sont des enjeux majeurs. L'expansion volémique est la thérapeutique de première ligne dans ce contexte, toutefois ses effets sur l'hémodynamique intra-rénale sont peu étudiés. Nous formulons l'hypothèse que le l'étude de l'hémodynamique intra-rénale par doppler des artères inter-lobaires rénales prédit mieux la réponse rénale à une expansion volémique que les paramètres hémodynamiques systémiques.

Patients et méthodes : 44 patients adultes admis en réanimation pour insuffisance circulatoire aiguë définie par une hypotension artérielle (pression artérielle systolique < 90 mmHg et/ou moyenne (PAM) < 65 mmHg) ou une oligurie < 0,5 ml/kg/h associées à au moins un des signes suivant : une $SVO_2 < 70\%$ ou une lactatémie > 2 mmol/l ont été inclus. Nous avons mesuré les pressions artérielles systolique, diastolique, pulsée (PP) et moyenne, la fréquence cardiaque (FC) avant et dans l'heure qui suit un remplissage vasculaire. Simultanément, nous avons effectué une mesure bilatérale des vitesses doppler des artères interlobaires rénales, avec au minimum un tir doppler à chaque pôle rénal. Les pics vitesses systolique (VS), diastolique (VD), moyenne (VM) sont mesurées et les indexes de pulsatilité (IP) et de résistivité (IR) en sont déduits. Les diurèses des trois heures précédant et suivant l'expansion volémique sont recueillies. Le critère de réponse clinique est défini par une augmentation de la diurèse > 0,2 ml/kg/h. Les résultats sont exprimées en médianes (écart interquartile) et comparées par un test de Wilcoxon. La corrélation linéaire est explorée par un test de Spearman et les AUC des courbes ROC sont déterminées. Une valeur de $p < 0,05$ est considérée significative.

Résultats : L'expansion volémique entraîne une réduction significative de l'IR de 0,75 (0,67–0,80) à 0,73 (0,66–0,78), $p < 0,01$ et une diminution de l'index de pulsatilité de 1,2 (0,9–1,3) à 1,16 (1,0–1,3), $p < 0,01$. Cependant, les pics de vitesses systolique et diastolique varient de peu : la VS diminue non significativement de 40,5 (28,8–55,7) à 38 cm/s (29,4–54,3), la VD passe de 10,2 (18,5–35,4) à 10,2 cm/s (18,0–34,4) [$p = 0,59$] et la VM de 24,9 (18,5–35,4) à 24,82 (18,0–34,4) [$p = 0,9$]. La PAM augmente de 75 (65–83) à 79 mmHg (69–93), ($p < 0,01$) et la PP de 48 (42–60) à 57 mmHg (50–70), $p < 0,01$. La diurèse augmente de 0,4 (0–1,0) à 0,6 ml/kg/h (0–1,1) [$p = 0,13$]. La variation de la diurèse (deltaDiurèse) induite par le remplissage vasculaire est corrélée avec les variations de l'IR (deltaIR), ou de l'IP (delta IP), r respectifs de 0,29 ($p = 0,03$) et 0,28 ($p = 0,04$). DeltaDiurèse n'est pas corrélée aux variations de la PAM (deltaPAM) ou de la PP (deltaPP),

(r respectifs de 0,1 ; $p = 0,47$, et 0,2 ; $p < 0,16$). La prédiction de la réponse rénale à l'expansion volémique était satisfaisante pour deltaIR (AUC 0,69 ; $p < 0,03$) et deltaIP (AUC 0,68 ; $p < 0,06$) mais non pour deltaPAM (AUC 0,5 ; $p = 1,0$) et deltaPP (AUC 0,54 ; $p = 0,6$).

Conclusion : Lors du remplissage vasculaire, les modifications de l'index de résistivité et de pulsatilité des artères interlobaires rénales prédisent mieux l'amélioration du débit urinaire que les modifications hémodynamiques systémiques.

SO002

L'insuffisance rénale aiguë est associée à une dysrégulation vasculaire rénale au cours du choc septique

A. Dewitte¹, B. Meyssignac¹, O. Joannès-Boyau¹, J. Coquin¹, C. Fleureau¹, J. Ripoché², G. Janvier¹, C. Combe³, A. Ouattara¹

¹Service d'anesthésie et réanimation 2, CHU de Bordeaux, hôpital Haut-Lévêque, Pessac, France

²Inserm U1026, université Bordeaux-Ségalen, Bordeaux, France

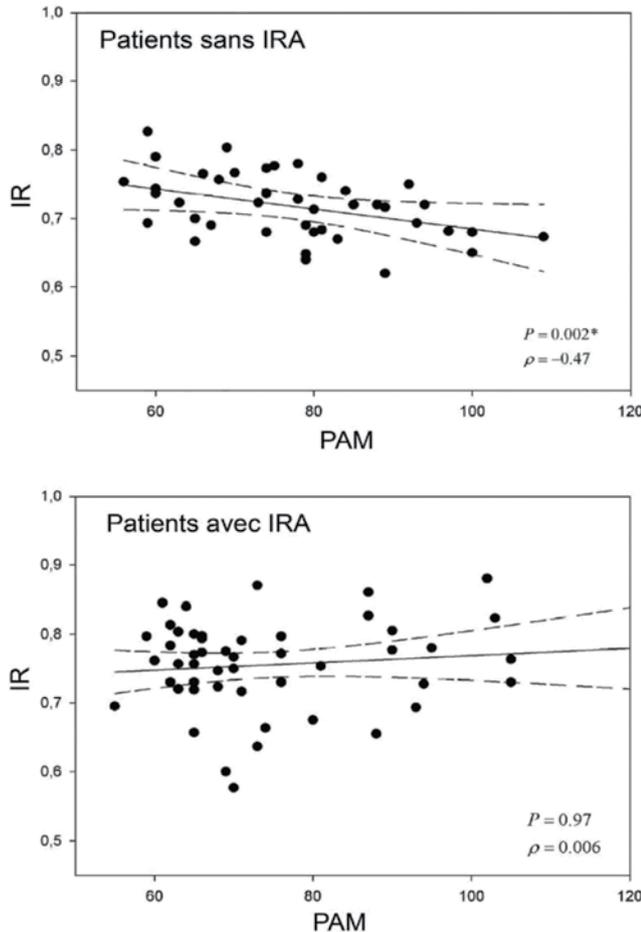
³Service de néphrologie, transplantation, dialyse, CHU de Bordeaux, hôpital Pellegrin, Bordeaux, France

Introduction : L'index de résistance vasculaire rénal mesuré par échographie doppler (IR) est un reflet de la compliance vasculaire rénale. Il pourrait permettre de déterminer la pression artérielle moyenne (PAM) optimale en réanimation pour la perfusion rénale [1]. L'IR serait également un outil prédictif de la survenue d'une insuffisance rénale aiguë (IRA) persistante en réanimation, tout en n'étant pas influencé par l'administration de vasoconstricteurs [2]. La relation entre la PAM et l'IR étant controversée, l'objectif principal de ce travail est d'évaluer si la PAM est un déterminant de l'IR chez des patients de réanimation souffrant ou non d'IRA.

Patients et méthodes : 96 patients admis en réanimation pour un tableau de sepsis sévère ou de choc septique évoluant depuis moins de 24 heures ont été inclus dans cette étude observationnelle. Les mesures doppler étaient impossibles pour deux patients en raison d'une mauvaise échogénicité. L'atteinte rénale était définie selon la classification de RIFLE. Le caractère transitoire ou persistant de l'IRA était défini en fonction de la récupération rénale au 3^e jour. Une échographie doppler des artères interlobaires des deux reins était réalisée à l'inclusion après stabilisation hémodynamique. L'IR était calculé selon la formule : (pic de vitesse systolique–vitesse télédiastolique)/pic de vitesse systolique. Les résultats sont exprimés en médiane avec écart interquartile. Les tests de corrélations ont été réalisés grâce au coefficient de Spearman (p) et un test de Wilcoxon a été utilisé pour la comparaison entre les groupes. Un $p < 0,05$ était considéré comme significatif.

Résultats : L'IR médian était de 0,72 (0,68–0,75) chez les patients sans IRA ($n = 42$) et 0,76 (0,72–0,80) en cas d'IRA ($n = 52$, $p = 0,001$). L'IR était de 0,75 (0,72–0,79) en cas d'atteinte rénale transitoire ($n = 24$)

et de 0,77 (0,70–0,80) en cas d'atteinte persistante ($n = 28, p = 0,84$). L'IR était uniquement corrélé à la PAM ($p = -0,47 ; p = 0,002$), à l'âge ($p = 0,37 ; p = 0,015$) et au rapport $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ ($p = -0,33 ; p = 0,04$) chez les patients sans atteinte rénale. L'IR ne variait pas en cas d'administration ($n = 47$) ou non de noradrénaline (respectivement 0,73 (0,69–0,78) vs 0,75 (0,68–0,78), $p = 0,94$) et n'était pas corrélé à sa posologie d'administration ($p = -0,06 ; p = 0,69$).



Discussion : L'optimisation hémodynamique par le remplissage vasculaire et les vasopresseurs ainsi que le délai d'initiation d'une épuration extra-rénale sont certainement déterminants dans la prise en charge des IRA. La mesure de l'IR chez des patients de réanimation pourrait être un outil d'évaluation des capacités d'autorégulation du débit sanguin rénal en cas de souffrance tubulaire.

Conclusion : En l'absence d'IRA, notre étude confirme que l'IR est corrélé à la PAM et au rapport $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$. En cas de souffrance rénale, cette relation semble abolie et pourrait témoigner d'une dysrégulation de la réactivité vasculaire rénale.

Références

1. Deruddre S, Cheisson G, Mazoit JX, et al (2007) Renal arterial resistance in septic shock: effects of increasing mean arterial pressure with norepinephrine on the renal resistive index assessed with Doppler ultrasonography. *Intensive Care Med* 33:1557–62
2. Darmon M, Schortgen F, Vargas F, et al (2011) Diagnostic accuracy of Doppler renal resistive index for reversibility of acute kidney injury in critically ill patients. *Intensive Care Med* 37:68–76

SO003

Prévention de la néphropathie liée aux produits de contraste iodés (NPCI) par la N-acétyl-cystéine (NAC) : différentes définitions, différents résultats

B.-G. Chousterman¹, L. Bouadma², S. Loric³, A. Alvarez-Gonzalez¹, A. Mekontso Dessap¹, J.-P. Laissy⁴, A. Rahmouni⁵, L. Brochard⁶, F. Schortgen¹

¹Service de réanimation médicale, CHU Henri-Mondor, Créteil, France

²Service de réanimation médicale et infectieuse, CHU Bichat–Claude-Bernard, Paris, France

³Service de biochimie, CHU Henri-Mondor, Créteil, France

⁴Service de radiologie, imagerie médicale, CHU Bichat–Claude-Bernard, Paris, France

⁵Service de radiologie, CHU Henri-Mondor, Créteil, France

⁶Service de soins intensifs, hôpitaux universitaires de Genève, Genève, Suisse

Introduction : L'utilisation de la NAC pour la prévention de la NPCI reste controversée, aucune donnée n'est disponible en réanimation. L'efficacité de la NAC pourrait dépendre du marqueur de dysfonction rénale utilisé pour définir la NPCI. Le but de notre travail était de déterminer l'incidence de la NPCI avec ou sans utilisation de la NAC en testant différentes définitions et différents marqueurs de la fonction rénale.

Matériels et méthodes : Étude de cohorte prospective effectuée dans deux services de réanimation, l'un utilisant la NAC, l'autre non. Soixante-dix examens avec injection de PCI ont été inclus dans chaque centre. La NPCI était définie par : une augmentation de créatinine (créat) > 0,3 mg/l ou > 0,5 mg/l (définition classique) ou > 25 % en associant ou non un débit urinaire < 0,5 ml/kg/h > 6 h. Dans une deuxième phase nous avons comparé l'évolution de la créat et de la cystatine C (Cys C) avant et 48–72 heures après 42 examens avec PCI et NAC.

Résultats : Les patients étaient comparables dans les 2 centres à l'admission et avant l'injection du PCI pour les facteurs de risque de la NPCI et la gravité. L'hydratation et le volume de PCI étaient identiques. Avec la définition classique l'incidence globale de la NPCI était de 11 %. Cette incidence variait en fonction de la définition utilisée (Fig. 1). L'adjonction du débit urinaire augmentait significativement l'incidence de la NPCI dans le groupe NAC. La NAC permettait une réduction significative de la NPCI uniquement en utilisant la définition d'une augmentation de la créat > 0,3 mg/l sans le critère diurèse (9 vs 21 % ; $p = 0,03$). Après examen avec NAC, la créat baissait significativement de 1,15 (0,87–1,42) à 0,97 (0,75–1,20) mg/l, $p = 0,03$ alors que la Cys C restait stable : 1,34 (1,05–1,94) vs 1,23 (0,94–1,77) mg/l, $p = 0,46$.

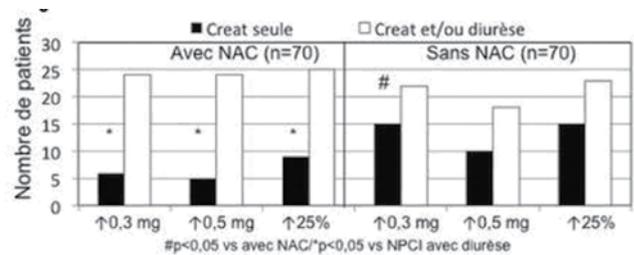


Fig. 1. Prévalence de l'insuffisance rénale selon la définition proposée

Conclusion : L'efficacité de la NAC dépend de la définition utilisée pour la NPCI chez les patients de réanimation. Avec l'utilisation de la NAC, l'adjonction du débit urinaire augmente l'incidence de la NPCI. L'évolution discordante de la cystatine C comparée à la créatinine suggère que celle-ci est un mauvais marqueur de la fonction rénale en présence de NAC.

SO004

Prévalence du syndrome de lyse au cours des hémopathies à haut risque : étude prospective multicentrique PHOSPHOR

M. Darmon¹, F. Vincent², L. Camous³, C. Bonmati⁴, T. Braun⁵, D. Caillot⁶, J. Cornillon⁷, S. Dimicoli⁸, L. Galicier⁹, A. Garnier¹⁰, S. Girault¹¹, D. Rousseau¹², J.-P. Marolleau¹³, P. Moreau¹⁴, E. Raffoux¹⁵, C. Recher¹⁶, A. Thiebaud¹⁷, E. Azoulay¹⁸

¹Service de réanimation polyvalente G, CHU Nord, Saint-Étienne, France

²Service de réanimation médicochirurgicale, CHU Avicenne, Bobigny, France

³Service de réanimation médicale, Chu de Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre, France

⁴Service d'hématologie, CHU Nancy, Nancy, France

⁵Service d'hématologie, CHU Avicenne, Bobigny, France

⁶Service d'hématologie, CHU de Dijon, Dijon, France

⁷Service d'hématologie, Institut de cancérologie de la Loire, Saint-Étienne, France

⁸Service d'hématologie, CHU Hôtel-Dieu, Paris, France

⁹Service d'immunopathologie clinique, CHU Saint-Louis, Paris, France

¹⁰Service d'hématologie, CHU Pitié-Salpêtrière, Paris, France

¹¹Service d'hématologie, CHU de Limoges, Limoges, France

¹²Service d'hématologie, CHU d'Angers, Angers, France

¹³Service d'hématologie, CHU Amiens, Amiens, France

¹⁴Service d'hématologie, CHU de Nantes, Nantes, France

¹⁵Service d'hématologie adulte, CHU Saint-Louis, Paris, France

¹⁶Service d'hématologie, CHU de Toulouse, hôpital Purpan, Toulouse, France

¹⁷Service d'hématologie, CHU de Grenoble, Grenoble, France

¹⁸Service de réanimation médicale, CHU Saint-Louis, Paris, France

Introduction : Le syndrome de lyse tumoral (SLT) est une complication métabolique survenant en conséquence de la destruction massive de cellules tumorales. Il associe, à des degrés variés : hyperphosphatémie, hypocalcémie, hyperkaliémie et hyperuricémie. Il peut se compliquer d'insuffisance rénale aiguë (IRA), de convulsions ou de troubles du rythme cardiaques. L'objectif de cette étude était d'évaluer la prévalence du SLT au cours des hémopathies à haut risque. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer les facteurs de risques de SLT, de SLT compliqué de manifestations cliniques et d'IRA.

Patients et méthodes : Étude de cohorte prospective multicentrique réalisée dans 14 centres hospitaliers. Étaient inclus les patients de plus de 18 ans, ayant une hémopathie maligne de haut grade (leucémies aiguës ou lymphomes non hodgkiniens de haut grade). Le syndrome de lyse biologique était défini selon la définition de Bishop et Cairo [1]. Le syndrome de lyse clinique était défini comme l'association d'un syndrome de lyse biologique avec une manifestation clinique (IRA, convulsions, troubles du rythme cardiaque) [1]. L'IRA était définie selon les critères de l'AKIN [2]. Les facteurs de risques de SLT biologique, de SLT clinique et d'IRA ont été analysés à l'aide de modèles de régression logistique où ces variables étaient les variables d'intérêts. Les résultats sont exprimés en médiane [interquartiles] ou n (%).

Résultats : Cent cinquante-trois patients, âgés de 57 ans [44–77] ont été inclus dans cette étude. La créatinine plasmatique de base était de 77 $\mu\text{mol/l}$ [65–88]. L'hémopathie initiale était une leucémie aiguë chez 89 patients (58,2 %), un lymphome non-hodgkinien chez 37 patients (24,1 %) et un lymphome de Burkitt chez 19 patients (12,4 %). Parmi ces patients, 26 (17,1 %) avaient une masse « bulky » et 52 (34,9 %) avaient des leucocytes > 50 G/l. Cinquante-deux

patients (32,7 %) avaient une IRA dont 30 (57,7 %) en raison du syndrome de lyse (tous les patients avec un syndrome de lyse clinique avaient une IRA). Soixante-six patients (43,1 %) nécessitaient un transfert en réanimation, et 27 (17,6 %) une épuration extra-rénale. Au total, 47 patients (30,7 %) avaient un syndrome de lyse biologique, 30 (19,6 %) un syndrome de lyse clinique. Cinq patients ont présenté des convulsions. En analyse multivariée, les facteurs associés à la survenue d'un SLT clinique étaient la phosphatémie, en mmol/L , à l'admission (OR : 5,77 [1,74–19,12]), l'oxygénothérapie à l'admission (OR : 3,65 [1,33–10,04]) et l'existence d'une CIVD à la prise en charge (OR : 3,74 [1,35–10,40]). Lorsque le type d'hémopathie, l'existence d'une forte masse tumorale (mase « bulky » ou hyperleucocytose), l'utilisation de rasburicase ou l'hydratation reçue à j1 étaient inclus dans ces modèles, ces variables n'étaient pas sélectionnées et le modèle était inchangé. Les facteurs associés à la survenue d'une IRA étaient l'existence d'un SLT biologique (OR : 4,92 [2,11–11,45]) et l'oxygénothérapie à l'admission (OR : 5,38 [2,18–13,25]). Les données à j90 sont en cours de récupération afin d'évaluer l'impact pronostic du SLT et les conséquences de ce dernier essentiellement sur la rémission hématologique.

Conclusion : Cette étude rapporte une incidence élevée (30,7 %) de SLT biologique au cours de la prise en charge inaugurale des hémopathies de haut grade. Près de deux tiers des patients ayant un SLT avaient une insuffisance rénale aiguë témoignant du retentissement clinique fréquent de ce syndrome. De plus, le STL biologique était un facteur de risque indépendant d'insuffisance rénale aiguë dans cette population de patient. Cette étude se poursuit afin de préciser le devenir à long terme des patients et le retentissement pronostique du SLT.

Références

1. Coiffier B, Altman A, Pui CH, et al (2008) Guidelines for the management of pediatric and adult tumor lysis syndrome: an evidence-based review. *J Clin Oncol* 26:2767–78
2. Mehta RL, Kellum JA, Shah SV, et al (2007) Acute Kidney Injury Network: report of an initiative to improve outcomes in acute kidney injury. *Crit Care* 11:R31

SO005

Valeur diagnostique de la lipocaline associée à la gélatinase des polynucléaires neutrophiles (NGAL) sérique dans le diagnostic précoce des néphropathies induites par les produits de contraste iodés en réanimation

X. Valette¹, B. Savary², M. Nowoczyn³, C. Daubin¹, A. Seguin¹, N. Terzi¹, R. Masson¹, P. Lehoux², P. Charbonneau¹, J.-L. Hanouz², D. Du Cheyron¹

¹Service de réanimation médicale, CHU Côte-de-Nacre, Caen, France

²Service de réanimation chirurgicale, CHU Côte-de-Nacre, Caen, France

³Laboratoire de biochimie, CHU Côte-de-Nacre, Caen, France

Objectif : La lipocaline associée à la gélatinase des polynucléaires neutrophiles (NGAL) est un marqueur d'insuffisance rénale aiguë (IRA) prometteur dont nous avons voulu évaluer la performance dans le diagnostic précoce des néphropathies aux produits de contraste iodés (PCI) en réanimation.

Matériels et méthodes : Étude prospective et observationnelle menée entre juillet 2010 et mai 2011 en réanimation médicale et chirurgicale du CHU de Caen, incluant consécutivement 98

patients bénéficiant d'un examen avec injection de PCI au cours de leur séjour en réanimation. Des mesures itératives de la NGAL plasmatique ont été réalisées : avant l'injection du PCI puis 2, 6 et 24 heures après l'injection. Le dosage de la NGAL a été effectué par méthode d'immunofluorescence (test TRIAGE® NGAL, ALERE). L'objectif principal était d'évaluer par courbe ROC (Receiver Operating Characteristic) la performance de la NGAL plasmatique pour prédire précocement la survenue des néphropathies aux PCI lorsque celles-ci sont définies par les critères de l'AKIN (créatinine $\geq 26 \mu\text{mol/l}$ ou 50 % ou critères de débit urinaire) dans les 72 heures suivant l'injection. L'utilisation de l'échelle RIFLE (changement de classe par élévation de la créatinine ou les critères de débit urinaire) et des critères de Barrett et Parfrey (créatinine $\geq 44 \mu\text{mol/l}$ ou 25 %) comme définition des néphropathies aux PCI représentaient des critères de jugement secondaires, de même que l'étude de la capacité de la NGAL à prédire le recours ultérieur à l'épuration extra-rénale (EER) ou la mortalité.

Résultats : La population comportait 98 patients âgés en médiane de 60 ans avec une ration H/F de 3/1. Le score de gravité IGSI à l'admission était de 40 et le score SOFA de 8. Les antécédents étaient dominés par l'hypertension artérielle (45 %), une cardiopathie (19 %), une néoplasie (16 %), le diabète (15 %), une cirrhose (6 %) et une insuffisance rénale chronique (4 %). À l'inclusion, 92 malades étaient ventilés, 24 étaient sous amines vasopressives, 40 présentaient un sepsis et 14 avaient un niveau supérieur ou égal au niveau *risk of kidney dysfunction* de l'échelle RIFLE. Trente (31 %) patients ont développé une néphropathie aux PCI selon la définition de l'AKIN. Les taux de NGAL sérique étaient similaires entre les patients développant ou non une néphropathie aux PCI quelque soit le délai de dosage ou la définition utilisée. L'expression des résultats en variation du taux de NGAL (valeur absolue ou pourcentage) ne mettait pas en évidence de différence significative entre les groupes. L'analyse restreinte aux patients n'ayant pas d'IRA à l'admission ou à l'inclusion selon l'échelle RIFLE n'améliorait pas les performances diagnostiques de la NGAL. Après stratification de la population en quatre groupes selon la présence ou non d'une IRA définie par l'échelle RIFLE à l'inclusion puis après injection du PCI, il est observé que les patients ayant une IRA à l'inclusion et ne développant pas de néphropathie aux PCI ont les taux de NGAL les plus élevés quelque soit le moment du dosage ($p < 0,05$). Les taux de NGAL sérique étaient significativement plus élevés à tous les temps chez les patients septiques qu'il y ait ou non une IRA. Par l'analyse des aires sous la courbe ROC, la performance de la NGAL sérique pour le diagnostic précoce des néphropathies aux PCI était nulle avec une aire sous la courbe ROC (AUROC) à 0,53 à h0 et h2, 0,56 à h6 et 0,61 à h24. La NGAL était un bon prédicteur de la nécessité de recourir ultérieurement à l'EER (AUROC 0,85 à h0, 0,80 à h2, 0,83 à h6 et 0,86 à h24) mais ne permettait pas de prédire l'évolution vers le décès (AUROC 0,68 à h0, 0,66 à h2, 0,62 à h6, 0,65 à h24).

Conclusion : La NGAL sérique, dont la concentration plasmatique est notamment influencée par le sepsis et la fonction rénale initiale, ne semble pas permettre de diagnostiquer précocement les néphropathies aux PCI en réanimation mais pourrait avoir un intérêt pronostique par sa capacité à prédire le recours ultérieur à l'EER.

SO006

Incidence et pronostic de la défaillance rénale aiguë précoce chez les brûlés graves

H. Oueslati¹, M. Benyamina¹, J.-P. Mira¹, C. Vinsonneau²

¹Service des brûlés, pôle Asur, GH Cochin-Broca-Hôtel-Dieu, Paris, France

²Service de réanimation médicale, CH Marc-Jacquet, Melun.

Introduction : L'insuffisance rénale aiguë (IRA) reste un enjeu thérapeutique majeur en réanimation. Elle est associée à un pronostic sombre quelle que soit sa sévérité. Grâce aux classifications récemment proposées (RIFLE, AKIN), il est possible d'évaluer précisément le rôle pronostic de la défaillance rénale aiguë en fonction de son degré de sévérité. Notre étude vise à décrire l'épidémiologie et le pronostic de l'IRA survenant précocement chez les brûlés graves, suivant les scores RIFLE et AKIN et à comparer la pertinence de ces deux scores vis-à-vis de la mortalité.

Patients et méthodes : Étude rétrospective, basée sur l'analyse des dossiers médicaux de tous les patients hospitalisés dans le service de réanimation des brûlés à l'hôpital Cochin, durant une période de six ans (2005–2010). La prise en charge était standardisée pendant la durée de l'étude concernant le protocole de remplissage, la stratégie de prise en charge de la brûlure et les indications de l'EER. Les critères d'inclusion étaient : âge > 18 ans, surface brûlée totale (SBT) ≥ 20 %, admission directe dans le service. L'évaluation de la défaillance rénale a été réalisée à l'aide des taux de créatininémie et de la diurèse, en prenant en compte le paramètre le plus péjoratif dans les 48 heures suivant l'admission pour chacune des deux classifications : RIFLE et AKIN. Les variables continues sont exprimées en moyenne \pm écart-type, les variables discontinues le sont en nombre et pourcentage. Une analyse par régression multivariée a permis d'identifier les paramètres indépendants associés à la mortalité.

Résultats : 181 patients ont été inclus dans l'analyse. Les deux classifications, RIFLE et AKIN, ont permis d'identifier 56 cas d'AKI précoce, ce qui représente 31 % de la population générale étudiée. Les deux classifications RIFLE et AKIN offrent globalement le même pouvoir discriminant pour le diagnostic de la défaillance rénale, la classification AKIN étant plus sensible pour les formes peu sévères (AKIN 1, RIFLE R) et légèrement moins sensible pour les formes les plus graves (AKIN 3 et RIFLE F). La survenue d'une IRA au cours des 48 premières heures s'accompagne d'une surmortalité (48,2 vs 10 % ; $p < 0,001$) ; OR : 2,43 ; IC 95 % : [1,62–3,66] en analyse multivariée. Les principaux facteurs de surmortalité dans cette population sont l'âge, la SBT et la défaillance rénale. En analysant l'impact de la sévérité de la défaillance rénale sur le pronostic des patients, on constate que seules les classes I et F du RIFLE et 2 et 3 de l'AKIN sont très fortement associées à une surmortalité en analyse multivariée (OR > 10). Cette association n'est d'ailleurs pas modifiée par l'adjonction dans le modèle du SOFA non rénal ou du score ABSI.

Conclusion : L'AKI précoce est une complication fréquente chez les brûlés, associée à une surmortalité significative dès qu'elle atteint les scores RIFLE-I ou AKIN-2. Les deux scores actuellement proposés (RIFLE, AKIN) semblent être comparables dans cette population. La détection précoce des formes moins sévères pourrait conduire à des actions préventives afin d'améliorer le pronostic des patients.