

Insuffisance respiratoire aiguë

Acute respiratory insufficiency

© SRLF et Springer-Verlag France 2011

SP055

Critères prédictifs d'hypoxémie postopératoire des dissections aortiques de type A

C. Pierrelée¹, H. Benhaoua¹, J.-M. Conil¹, M. Boyer¹, B. Marcheix², O. Fourcade¹, B. Georges¹

¹Service d'anesthésie-réanimation, CHU Toulouse, hôpital Rangueil, Toulouse, France

²Chirurgie cardiaque et vasculaire, CHU Toulouse, hôpital Rangueil, Toulouse, France

Introduction : Malgré les progrès techniques en chirurgie vasculaire, la mortalité de la dissection aortique de type A est inchangée (9 à 24 %). Elle reste aggravée par une hypoxémie sévère, trop fréquente et encore mal expliquée. Le but de notre étude est d'analyser les facteurs de risque associés à ce type d'hypoxémie sévère survenant dès les 48 premières heures postopératoires.

Patients et méthodes : Dans cette étude prospective et observationnelle, menée sur une période de 18 mois, les données pré-, per- et postopératoires de 51 patients ont été analysées, portant en particulier sur l'hématose, les apports transfusionnels, les solutés de remplissage, les diverses thérapeutiques utilisées. L'hypoxémie était définie par un rapport PaO₂/FiO₂ inférieur à 200 mmHg.

Résultats : 88 % des patients étaient hypoxémiques au 2^e jour postopératoire. Les facteurs de risque associés à la sévérité de l'hypoxémie étaient : la transfusion massive de culots globulaires en per et postopératoire ($p = 0,0159$ et $p = 0,045$), un remplissage peropératoire excessif avec des colloïdes ($p = 0,013$) et des cristalloïdes ($p = 0,04$). L'hypoxémie était également influencée par une durée de chirurgie supérieure à 300 minutes ($p = 0,047$), et l'apparition d'une insuffisance rénale aiguë durant la période postopératoire immédiate ($p = 0,0113$). Un traitement préopératoire par statines ($p = 0,0368$) et l'utilisation de lasilix® en peropératoire ($p = 0,0097$) étaient des facteurs protecteurs de l'hypoxémie sévère.

Conclusion : De nombreux facteurs modifiables associés à la sévérité de l'hypoxémie sont retrouvés. La majorité d'entre eux semble être en rapport avec la surcharge volémique. En dehors du maintien des statines, toute mesure permettant le maintien d'une volémie adéquate et une bonne oxygénation tissulaire pourraient améliorer l'hématose de ces patients et leur pronostic global. D'autres études randomisées à large effectif sont nécessaires pour confirmer ces résultats.

Bibliographie

Bavaria JE, Brinster DR, Gorman RC, et al (2002) Advances in the treatment of acute type A dissection: an integrated approach. *Ann Thorac Surg* 74:S1848–52

Nakajima T, Kawazoe K, Izumoto H, et al (2006) Risk factors for hypoxemia after surgery for acute type A aortic dissection. *Surg Today* 36:680–5

SP056

Les facteurs prédictifs de la ventilation prolongée en postopératoire de la chirurgie thoracique

W. Haddad, A. Chtouki, H. Taibi, R. Cherkabe, C. El Kettani, B. Idali, K. Mjahed, L. Barrou

Service de réanimation chirurgicale, CHU Ibn-Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction : La ventilation prolongée après chirurgie thoracique est une complication fréquente, dont les principales indications sont la détresse respiratoire postopératoire suivie des complications cardiovasculaires. L'objectif de notre travail est de définir l'incidence de la ventilation prolongée chez les patients opérés pour une chirurgie thoracique et de sortir ses facteurs prédictifs.

Patients et méthodes : Étude prospective menée entre janvier 2008 et octobre 2010, incluant tous les patients opérés pour chirurgie thoracique. Les paramètres épidémiologiques, étiologiques, cliniques, spirométriques peropératoires, et évolutifs ont été étudiés. Les patients ont été classés en 2 groupes : *Groupe GV* : Patients qui ont nécessités une ventilation mécanique en postopératoire pour une durée supérieure à 48heures ; *Groupe GNV* : Patients non ventilés ou ventilés moins de 48 heures. L'analyse statistique a fait appel au logiciel SPSS Version 10, le seuil de signification a été fixé à 0,05.

Résultats : Durant la période d'étude, 400 patients ont bénéficié d'une chirurgie thoracique parmi eux 36 ont nécessité une ventilation mécanique prolongée en postopératoire soit une incidence de 9 %. L'âge moyen était de 41 ans \pm 15,25 ; avec prédominance masculine 78,2 %. L'indication de la ventilation mécanique était pour hypoxie postopératoire dans 72 % des cas, pour choc hémorragique dans 19 % des cas et pour sepsis dans 9 % des cas. La durée moyenne de la ventilation est de 52 heures avec une prolongation du séjour en réanimation de 5 jours et une mortalité de 32 %. Les facteurs prédictifs de ventilation prolongée en postopératoire étudiés sont résumés dans le Tableau 1.

Tableau 1

	GNV n = 364	GV n = 36	p
Âge moyen (ans)	50,78	41,88	0,016
Tabagisme chronique	73,5 %	46,5 %	0,002
BPCO	88,9 %	36,1 %	0,049
Dyspnée stade III	71,9 %	28,1 %	0,001
VEMS	58,8 %	48,2 %	0,3
VEMS/CV	61,77 %	45,44 %	0,2
Pneumectomie	0,80 %	1,8 %	0,7
Lobectomie	79 %	18 %	0,39
Durée d'intervention (min)			
Pneumopathie	120	256	0,003
Postopératoire	12 %	58 %	0,0001
Transfusion	36 %	81,3 %	0,016

Conclusion : La ventilation mécanique prolongée en postopératoire de chirurgie thoracique est associée à une mortalité élevée avec une prolongation de la durée de séjour en réanimation. Les facteurs de risque qui ressortent de cette étude sont l'âge, le tabagisme chronique les antécédents de BPCO, l'importance de la dyspnée, la durée de l'intervention prolongée, la survenue de pneumopathie en postopératoire et la transfusion.

SP057

Facteurs prédictifs de complications respiratoires postopératoires après pneumonectomie

Y. Qamouss¹, R. Seddiki², S.J. Lalaoui², M. Zoubir², M. Boughalem²

¹Service de réanimation postopératoire, hôpital militaire Avicenne, Marrakech, Maroc

²Service de réanimation chirurgicale, hôpital militaire Avicenne, Marrakech, Maroc

Introduction : la chirurgie thoracique est grevée d'une morbidité élevée (4 à 6 % de mortalité) et (16 à 30 %) de complications respiratoires [1,2]. Le but de ce travail est de préciser les facteurs de risque de complications respiratoires après pneumonectomie.

Patients et méthodes : Étude prospective menée entre janvier 2008 et décembre 2010 incluant tous les patients pneumonectomisés. Les données épidémiologiques, étiologiques, cliniques, spirométriques et évolutifs ont été recueillis. Les patients ont été classés en deux groupes, groupe I : suites postopératoires sans complications respiratoires et groupe II : patients ayant eu des complications respiratoires postopératoires (atelectasies, broncho-pneumopathies, insuffisance respiratoire postopératoire, complications pleurales), tous nos patients ont bénéficié d'une analgésie péridurale thoracique continue postopératoire, l'analyse statistique a fait appel au logiciel SPSS, le seuil de signification a été fixé à 0,5.

Résultats : Cent cinquante deux patients ont subi une pneumonectomie, l'âge moyen est de 50,12 ans avec des extrêmes allant de 37 à 67 ans avec prédominance masculine 85,5 %, la pneumonectomie a été réalisée pour pathologie tumorale dans 67 % des cas. Les complications respiratoires postopératoires ont été notés chez 35 patients, soit 23 % des cas dominées par l'infection pulmonaire dans 14 % des cas et l'atélectasie dans 6 % des cas avec un taux de mortalité global de 3,94 %.

Conclusion : Les facteurs de risque de complications respiratoires postopératoires qui émanent de ce travail sont : l'âge, le tabagisme chronique et les antécédents de BPCO.

Références

- Licker MJ, Widikker I, Robert J, et al (2006) Operative mortality and respiratory complications after lung resection for cancer: impact of chronic obstructive pulmonary disease and time trends. *Ann Thorac Surg* 81:1830–7
- Stephan F (2002) Complications postopératoires de la chirurgie pulmonaire. *Reanimation* 11:40–8

SP058

Étude de la différenciation des sous-populations monocytaires en fibrocytes au cours de l'agression alvéolaire aiguë

P.-S. Abback¹, C. Quesnel¹, M. Hurtado-Nedelec², A. Maillieux¹, L. Bouadma³, M. Desmard⁴, J. Marchal-Somme¹, B. Crestani¹, M. Dehoux¹

¹U700, Inserm, Paris, France

²Unité fonctionnelle : dysfonctionnement immunitaire, CHU Bichat, Claude-Bernard, Paris, France

³Service de réanimation médicale et infectieuse, CHU Bichat, Claude-Bernard, Paris, France

⁴Service d'anesthésie et de réanimation chirurgicale, CHU Bichat, Claude-Bernard, Paris, France

Introduction : Les fibrocytes sont impliqués dans la réparation alvéolaire normale et pathologique au cours des agressions alvéolaires aiguës (ALI/SDRA). Un taux de fibrocytes alvéolaires supérieur à 6 % est associé à un mauvais pronostic. Les fibrocytes alvéolaires pourraient provenir directement des fibrocytes circulants et/ou de monocytes se différenciant dans l'alvéole. Au cours des ALI/SDRA, la répartition des différentes sous-populations monocytaires (SPM) (classique [CD14^{high}CD16⁻], intermédiaire [CD14^{high}CD16⁺] et non classique [CD14^{low}CD16⁺]) est inconnue et la capacité de différenciation de ces SPM en fibrocytes au cours de l'ALI/SDRA reste à évaluer.

Matériels et méthodes : Après information et dans le cadre des soins courants, nous avons recueilli le sang de sujets sains ($n = 10$) et de patients ventilés avec ou sans critères d'ALI/SDRA ($n = 14$ et $n = 9$ respectivement) ainsi que le lavage broncho-alvéolaire (LBA) de patients ventilés avec ou sans critère d'ALI/SDRA ($n = 10$ et $n = 7$ respectivement) dans les 3 premiers jours de ventilation mécanique. Les différentes SPM et les fibrocytes (co-expression de CD45 et collagène 1) sanguins et alvéolaires ont été analysés dans ces échantillons par cytométrie en flux. La capacité de différenciation en fibrocytes *in vitro* des cellules mononuclées du sang (PBMC) et des différentes SPM a été évaluée après tri cellulaire et culture pendant 5 jours en milieu Fibrolife sans sérum. Les résultats sont présentés en médiane et l'analyse statistique est réalisée à l'aide de tests non paramétriques.

Résultats : Le taux de fibrocytes circulants est augmenté chez les patients non ALI (3,7 %) et ALI/SDRA (3,6 %) par rapport aux sujets sains (1,3 %, $p < 0,01$) mais n'est pas corrélé à celui des fibrocytes alvéolaires. La SPM classique est majoritaire dans le sang dans tous les groupes étudiés, cependant la population intermédiaire est significativement augmentée chez les non ALI (17,9 %) et ALI/SDRA (12,8 %) par rapport aux sujets sains (2,4 %, $p < 0,01$). Dans l'alvéole, plus de 75 % des monocytes sont non classiques chez les patients ventilés. *In-vitro*, après tri cellulaire, les monocytes exprimant ou non le CD16 se différencient en fibrocytes de façon comparable dans les 3 groupes de sujets. La différenciation en fibrocytes n'est pas liée à l'acquisition du CD16 en culture. La différenciation des PBMC en fibrocytes est corrélée avec le nombre de CD14^{high}CD16⁻ et de CD14^{high}CD16⁺ mis en culture ($\rho = 0,65$, $p = 0,01$). La capacité de différenciation en fibrocytes des monocytes alvéolaires (majoritairement non classiques) est 4 fois plus faible que celle des PBMC issus des mêmes patients (9 vs 39 %, $p < 0,05$). Dans les limites de notre effectif, la sévérité de l'atteinte pulmonaire, la présence d'un sepsis ou une corticothérapie substitutive ne semblent pas influencer la répartition des SPM et leur capacité de différenciation en fibrocytes *in vitro*.

Conclusion : Les monocytes circulants exprimant fortement le CD14 (CD14^{high}CD16⁻ et CD14^{high}CD16⁺), une fois recrutés dans l'alvéole, pourraient contribuer à l'accumulation de fibrocytes alvéolaires. La modulation de la différenciation de ces monocytes en fibrocytes est une cible thérapeutique potentielle dans l'ALI/SDRA.

SP059

Le décubitus ventral réduit l'inflammation pulmonaire dans les régions ventrales dans l'agression pulmonaire expérimentale. Une étude en tomographie par émission de positons

J.-C. Richard¹, C. Pouzot², A. Gros³, N. Costes⁴, D. Le Bars⁵, F. Lavenne⁴, C. Guérin¹

¹Service de réanimation médicale et respiratoire, CHU de Lyon, hôpital de la Croix Rousse, Lyon, France

²Siamu, Vetagro Sup, Marcy l'Étoile

³Service de réanimation médicale et infectieuse, CHU de Rennes, hôpital Pontchaillou, Rennes, France

⁴Informatique, Cermep-Imagerie du Vivant, Lyon, France

⁵Service de radiochimie, Cermep-Imagerie du Vivant, Lyon, France

Introduction : Des réglages ventilatoires inadaptés sont susceptibles d'aggraver les lésions pulmonaires du SDRA. Un réglage adapté de la PEP ou le décubitus ventral (DV) pourrait permettre de diminuer ces lésions pulmonaires induites par la ventilation mécanique (LIVM), qui se traduisent notamment par une réaction inflammatoire pulmonaire. La tomographie par émission de positons (TEP) utilisant le FDG comme traceur est une technique très sensible pour détecter l'activation neutrophilique intrapulmonaire, et pourrait donc détecter de façon précoce les LIVM. Le but de cette étude est d'évaluer trois stratégies de ventilation, sur un modèle porcin de SDRA, en utilisant la TEP et un modèle mathématique compartimental prenant en compte la fuite passive de FDG dans le compartiment alvéolaire [1].

Matériels et méthodes : Ce travail est une ré-analyse de données antérieurement présentées [2]. Vingt-six porcs sous ventilation mécanique (VT = 10 ml/kg, PEP = 3 cm H₂O) ont été soumis à une agression pulmonaire par instillation intra-trachéale d'acide chlorhydrique, suivie par une période de stabilisation de 2 heures en décubitus dorsal (DD). Ces animaux ont été randomisés en 3 groupes étudiés pendant 2 heures (DD-PEP haute [$n = 9$], DD-PEP basse [$n = 8$] et DV-PEP basse [$n = 9$]), en ajustant éventuellement le VT pour limiter la pression plateau (Pplat) à 30 cm H₂O. Le niveau de PEP était réglé sur la courbe PV expiratoire (2 cm d'eau au-dessus du point d'inflexion pour les groupes PEP basse et 2 cm H₂O au dessus du point de diminution maximale de la compliance pour le groupe PEP haute). En fin d'expérience, l'aération pulmonaire et la ventilation sont évaluées en TEP. L'inflammation pulmonaire était évaluée par le dosage des cytokines dans le LBA, et en TEP par la mesure de la captation pulmonaire de FDG (Ki), normalisée par le niveau d'aération régional (Ki/FT) et la constante de phosphorylation du FDG (k3). Les mesures TEP étaient réalisées globalement sur l'ensemble du poumon et régionalement dans 10 zones (bins) distribuées des régions ventrales (bin n°1) aux régions dorsales (bin n°2).

Résultats : Les Pplat étaient similaires dans les 3 groupes, mais le VT était significativement plus bas dans le groupe DD-PEP haute (7 ± 1 ml/kg) que dans les autres groupes (9 ± 1 ml/kg). Les cytokines du LBA, Ki/FT et k3 global n'étaient pas significativement différents entre les 3 groupes. Régionalement, aucune différence significative n'était documentée en TEP entre les groupes étudiés en DD, si ce n'est une réduction significative des zones pulmonaires non aérées à PEP élevée. En revanche, le DV induisait une augmentation significative de la ventilation dans les régions ventrales, en comparaison avec les 2 groupes étudiés en DD. En DV, Ki et Ki/FT diminuaient dans les régions dorsales, alors que k3 diminuait dans les régions ventrales. Pour inventorier ces discordances, des simulations ont été réalisées et ont objectivé l'indépendance de k3 au niveau d'aération régional, à la différence de Ki.

Discussion : 1) Cette étude confirme l'influence majeure du type de paramètre modélisé sur l'interprétation des résultats des études TEP-FDG. L'influence du niveau d'aération sur Ki plaide en faveur de l'utilisation d'une normalisation de ce paramètre pour l'aération régionale. Cette normalisation a toutefois été critiquée pour son caractère conservatif (les régions les plus inflammatoires sont potentiellement les plus œdémateuses et donc les moins aérées). L'absence d'effet du niveau d'aération sur k3 plaide donc en faveur de l'utilisation de ce paramètre pour évaluer l'inflammation pulmonaire. 2) La réduction de l'inflammation pulmonaire régionale induite par le DV dans les régions ventrales, associée à une augmentation de la ventilation suggère de façon indirecte l'existence d'un volotrauma dans ces régions en DD malgré le contrôle des Pplat. 3) L'absence de différence d'inflammation régionale entre les 2 niveaux de PEP, malgré un recrutement significatif à PEP élevé suggère que la PET-FDG n'est pas fiable pour détecter l'atélectrauma.

Conclusion : Sur modèle d'agression pulmonaire expérimentale, le DV réduit l'inflammation pulmonaire dans les régions pulmonaires ventrales, en association à une augmentation significative de la ventilation régionale.

Références

- Schroeder T, Vidal Melo MF, Musch G, et al (2008) Modeling pulmonary kinetics of 2-deoxy-2-[18F] fluoro-D-glucose during acute lung injury. *Acad Radiol* 15:763–75
- Gros A, Richard JC, Pouzot C, et al (2009) Déterminants de l'inflammation pulmonaire régionale au cours de la ventilation mécanique avec PEP et du décubitus ventral. *Réanimation* 18S:S4–S5

SP060

Facteurs prédictifs de ventilation mécanique et prévalence de l'atteinte bronchique spécifique au cours du syndrome de Stevens-Johnson et de la nécrolyse épidermique toxique

N. de Prost¹, A. Mekontso Dessap¹, T.-A. Duong², L. Valeyrie-Allanore², J.-C. Roujeau², O. Chosidow², P. Wolkenstein², C. Brun-Buisson¹, B. Maître³

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

²Service de dermatologie, CHU Henri-Mondor, Créteil, France

³Service de réanimation médicale, antenne de pneumologie, CHU Henri-Mondor, Créteil, France

Introduction : Le syndrome de Stevens-Johnson (SJS) et le syndrome de Lyell (ou nécrolyse épidermique toxique, NET) sont des toxidermies rares caractérisées par une nécrose étendue de l'épiderme touchant à la fois la peau et les muqueuses. Selon le pourcentage de surface cutanée décollée (SCD) on parle de SJS (< 10 %), de syndrome de chevauchement (10 à 30 %) ou de NET (> 30 %) [1]. Dans la littérature, la mortalité décrite varie de 20 % à plus de 40 % pour les patients admis en réanimation et est conditionnée par le développement de complications infectieuses [2] ou d'atteintes viscérales spécifiques, principalement respiratoires. L'objectif de cette étude monocentrique dans un centre spécialisé est de déterminer les facteurs prédictifs de ventilation mécanique à l'admission hospitalière et de décrire les caractéristiques de l'atteinte respiratoire de patients SJS/NET.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique ayant inclus tous les malades hospitalisés pour SJS/NET entre janvier 1997 et juillet 2011. Les caractéristiques démographiques, cliniques et paracliniques à l'admission hospitalière et pendant l'hospitalisation étaient extraites des dossiers médicaux. Les facteurs prédictifs de ventilation mécanique invasive ainsi que leur odds ratio (OR) et

leur intervalle de confiance à 95 % (IC) étaient déterminés par régression logistique uni- et multivariée. Une endoscopie bronchique était réalisée systématiquement chez les patients ventilés mécaniquement et le diagnostic de décollement bronchique était porté par l'aspect macroscopique.

Résultats : Les patients inclus ($n = 221$) étaient hospitalisés en réanimation médicale ($n = 66$) ou en dermatologie ($n = 156$). À l'admission hospitalière, les patients étaient âgés (médiane [interquartile 25–75]) de 42 [29–62] ans, de sexe masculin dans 48 % des cas et atteints de SJS ($n = 91$, 41 %), syndrome de chevauchement ($n = 85$, 39 %) ou NET ($n = 45$, 20 %). Au cours de l'hospitalisation, 25 % des patients ($n = 56$) ont été ventilés mécaniquement, 24 % ($n = 53$) ont développé un état de choc, 9 % ont été hémodialysés ($n = 21$) et 14 % ($n = 32$) sont décédés. En analyse multivariée, les facteurs prédictifs de ventilation mécanique disponibles à l'admission étaient un décollement cutané supérieur à 30 % (OR = 9,5 [2,3–39,3] ; $p = 0,002$), le *logistic organ dysfunction* (LOD) score non pulmonaire (OR = 1,9 [1,5–2,6] ; $p < 0,0001$) et la présence d'infiltrats pulmonaires radiologiques (OR = 10,4 [3,6–30,2] ; $p < 0,0001$). Parmi les patients ventilés ($n = 56$), 39 % ($n = 22$) présentaient une atteinte bronchique spécifique mais ne différaient pas des autres quant à la présence d'un SDRA ($n = 15$ vs 15 ; $p = 0,37$), d'une pneumonie acquise sous ventilation ($n = 15$ vs 18 ; $p = 0,66$), la SCD maximale (65 vs 50 % ; $p = 0,37$) et la mortalité ($n = 15$ vs 17 ; $p = 0,51$).

Conclusion : 25 % des patients atteints de SJS/NET ont été ventilés. La présence d'une atteinte cutanée supérieure à 30 %, d'une défaillance d'organe extrapulmonaire et d'infiltrats radiologiques sont des facteurs prédictifs indépendants du recours à la ventilation mécanique et devraient motiver le transfert de ces patients vers une réanimation spécialisée. Une atteinte bronchique spécifique est présente chez environ 40 % des malades ventilés.

Références

1. Bastuji-Garin S, Rzany B, Stern RS, et al (1993) Clinical classification of cases of toxic epidermal necrolysis, Stevens-Johnson syndrome, and erythema multiforme. *Arch Dermatol* 129:92–6
2. De Prost N, Ingen-Housz-Oro S, Duong T, et al (2010) Bacteremia in Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: epidemiology, risk factors, and predictive value of skin cultures. *Medicine (Baltimore)* 89:28–36

SP061

Pronostic des patients avec pneumopathie interstitielle diffuse admis en soins intensifs

A. Vial Dupuy¹, O. Sanchez¹, L. Guetta¹, B. Douvry¹, K. Juvin¹, D. Wermert¹, E. Guerot², D. Israël-Biet¹

¹Service de pneumologie, hôpital européen Georges-Pompidou, Paris, France

²Service de réanimation médicale, hôpital européen Georges-Pompidou, Paris, France

Introduction : Il n'existe que peu de données sur le pronostic des patients présentant une pneumopathie interstitielle diffuse (PID) et admis en soins intensifs. L'objectif de notre étude est donc d'évaluer le devenir des patients avec PID admis en réanimation pour détresse respiratoire aiguë, avec un intérêt particulier pour ceux atteints de Fibrose Idiopathique (FI) ou de pneumopathie médicamenteuse.

Patients et méthodes : Identification rétrospective des patients avec PID admis en réanimation ou en soins continus pneumologiques à l'HEGP entre 1993 et 2009. Le critère de jugement principal était la mortalité intra-hospitalière.

Résultats : 72 patients ont été inclus, divisés en 3 groupes : FI, $n = 28$; pneumopathie médicamenteuse (PM), $n = 20$ et diverses PID, $n = 24$. Les taux de mortalité étaient respectivement de 68, 40 et 25 % pour les FI, les PM et les diverses PID ($p = 0,006$). Ils atteignaient 100, 64 et 60 % en cas de recours à la ventilation mécanique ($p = 0,007$). En analyse multivariée, le recours à l'assistance ventilatoire (invasive ou non invasive) (OR = 31 ; [IC 95 %, 5–206]), le type de PID (FI vs divers PID) (OR = 25 ; [IC 95 %, 4–160]) et le traitement par corticoïdes à la phase aiguë (OR = 0,2 ; [IC 95 %, 0,03–0,9]) ont été identifiés comme facteurs prédictifs de mortalité.

Conclusion : Cette étude confirme le mauvais pronostic des patients avec Fibrose Idiopathique admis en réanimation et particulièrement en cas de ventilation mécanique. En revanche, les pneumopathies médicamenteuses ou autres formes de PID ont, malgré des critères de sévérité similaires à l'entrée, un meilleur pronostic. Enfin, l'instauration d'une corticothérapie à la phase aiguë apparaît comme un facteur protecteur quel que soit le type de PID.

SP062

Pronostic des fibroses pulmonaires interstitielles idiopathiques admises en réanimation pour insuffisance respiratoire aiguë

A. Mullier¹, F. Bayle², G. Bourdin², F. Wallet³, B. Delannoy², V. Leray², S. Debord⁴, J.-C. Richard², C. Guérin²

¹Rhône, CHU de Lyon, hôpital Lyon-Sud, Lyon, France

²Service de réanimation médicale et respiratoire, CHU de Lyon, hôpital de la Croix Rousse, Lyon, France

³Service de réanimation chirurgicale, CHU de Lyon, CH Lyon-Sud, Pierre-Bénite, France

⁴Service de réanimation médicale, CHU de Lyon, hôpital de la Croix Rousse, Rhône, Lyon, France

Introduction : Il y a 10 ans, Blivet et al. Rapportaient un taux de mortalité en réanimation de 73 % chez 15 patients atteints de fibrose pulmonaire idiopathique (FIP) admis dans le service pour insuffisance respiratoire aiguë (IRA) et traités par ventilation mécanique (VM). Nous avons voulu évaluer l'efficacité du traitement au long cours de la FIP par corticoïdes (CS) + azathioprine + N-acétylcystéine (NAC) (iphigénia) introduit en 2005 sur la survie des patients avec FIP admis en réanimation pour IRA.

Patients et méthodes : Étude rétrospective portant sur les patients consécutifs atteints de FIP admis entre le 1/01/2005 et le 31/05/2011 dans le service pour IRA et traités par VM invasive ou non invasive. Les variables suivantes sont collectées : sexe, âge, IGS2, SOFA, cause de l'IRA, délai entre diagnostic de FIP et entrée en réanimation, exacerbation comme cause d'IRA et VM invasive au cours du séjour. Un point sur la survie des malades est fait le 31/07/2011. Les patients sont classés en deux groupes : iphigénia (CS + AZA + NAC avant admission en réanimation) et contrôle (aucun traitement ou CS seuls). Le critère de jugement principal est la survie à la date de point. Un modèle de Cox est ajusté aux covariables.

Résultats : Dans la période, 40 patients sont inclus (14 dans le groupe iphigénia). Les deux groupes ne sont pas différents sauf pour l'embolie pulmonaire plus fréquente comme cause d'IRA dans le groupe iphigénia. Trente quatre patients sont intubés en réanimation (12 iphigénia). La mortalité en réanimation est de 72,5 %, non différente entre les deux groupes. Le délai médian entre admission en réanimation et date de point est de 28 jours. Le délai médian au décès est de 19 jours dans le groupe Iphigénia et de 49 jours dans le groupe contrôle ($p = 0,31$). La mortalité à la date de point (Fig. 1) et

la mortalité ajustée ne sont pas statistiquement significativement différentes entre les deux groupes. Aucun facteur de risque indépendant n'est mis en évidence par l'analyse de Cox.

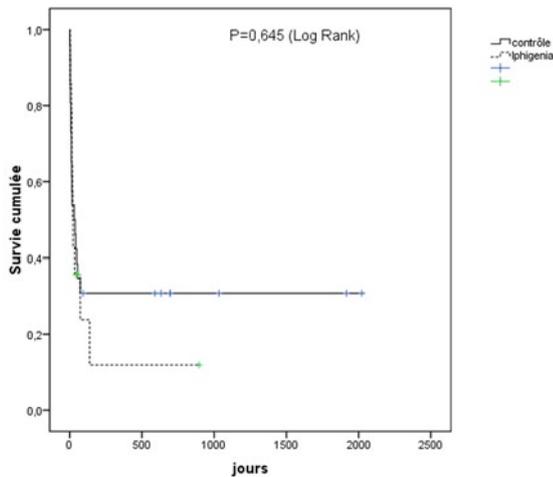


Fig. 1.

Conclusion : Il existe une tendance non significative pour que le traitement préalable de la FIP augmente la mortalité après un séjour en réanimation pour IRA. La mortalité de ce type de patients est stable au cours du temps dans notre service.

Bibliographie

Blivet S, Philit F, Sab JM, et al (2001) Outcome of patients with idiopathic pulmonary fibrosis admitted to the ICU for respiratory failure. *Chest* 120:209–12

SP063

Caractéristiques cliniques et pronostic des patients ayant une sclérodémie systémique hospitalisés en réanimation médicale

T. Hissem¹, A. Berezné², D. Grimaldi¹, A. Cariou¹, J. Charpentier¹, J.-D. Chiche¹, Y. Allanore³, J.-P. Mira¹, L. Mouthon², F. Pene¹

¹Service de réanimation médicale, CHU Cochin, Saint-Vincent-de-Paul, site Cochin, Paris, France

²Service de médecine interne, CHU Cochin, Saint-Vincent-de-Paul, site Cochin, Paris, France

³Service de rhumatologie, CHU Cochin, Saint-Vincent-de-Paul, Site Cochin, Paris, France

Introduction : La sclérodémie systémique est une maladie du tissu conjonctif caractérisée par une hyperréactivité vasculaire et une accumulation de matrice extracellulaire. Au cours de cette affection peuvent

survenir des atteintes viscérales, notamment pulmonaires avec la survenue d'une hypertension artérielle pulmonaire et/ou d'une pneumopathie infiltrante diffuse, cardiaques, rénales, digestives qui grèvent le pronostic. Le traitement des formes diffuses de la maladie repose sur une immunosuppression. Il existe peu de données concernant le pronostic spécifique des patients sclérodermiques en réanimation. Nous avons mené une étude rétrospective pour évaluer les caractéristiques cliniques et le pronostic des patients sclérodermiques hospitalisée en réanimation médicale.

Patients et méthodes : Nous avons réalisé une étude monocentrique rétrospective sur une période de quatre ans (novembre 2006 - décembre 2010). Tous les patients atteints de sclérodémie systémique et hospitalisés en réanimation ont été inclus dans cette étude. Nous avons recueilli de manière exhaustive les caractéristiques de la maladie sous-jacente. Nous avons étudié leur devenir à court terme (mortalité en réanimation et hospitalière) et à long terme (mortalité à 6 mois et un an), et nous avons tenté d'identifier des facteurs pronostiques. Les variables ont été exprimées en médiane [interquartile] ou en nombre (pourcentage).

Résultats : Trente cinq patients (âge 51 [40–63] ans, 77 % de femmes, SAPSII 35 [23–51]) ont été inclus. Vingt-deux (63 %) avaient une forme cutanée diffuse et 13 (37 %) une forme cutanée limitée. La durée d'évolution de la maladie avant la première hospitalisation en réanimation était de 80 [27–110] mois. Vingt six (74 %) patients avaient une fibrose pulmonaire avec les caractéristiques suivantes préalablement à l'admission en réanimation : capacité vitale forcée 52 % [39–66], diffusion libre du CO 33 % [20–45]. Dix patients avaient une hypertension artérielle pulmonaire chronique avec une pression artérielle pulmonaire systolique de 55 mmHg [45–63]. Seuls 2 (6 %) patients avaient une insuffisance rénale chronique dialysée. Le principal motif d'hospitalisation en réanimation était l'insuffisance respiratoire aiguë (24 patients soit 69 %) suivie de l'insuffisance rénale aiguë (6 patients soit 17 %). Au cours du séjour, 10 (28 %) patients ont nécessité une ventilation mécanique invasive, 10 (28 %) ont nécessité une épuration extra-rénale et 9 (26 %) ont reçu des catécholamines. Les taux de mortalité en réanimation et hospitalière étaient respectivement de 26 et 34 %. Les taux de mortalité à 6 mois et à 1 an étaient respectivement de 40 et 46 %. Les caractéristiques de la sclérodémie n'étaient pas différentes entre patients survivants et décédés. Le pronostic était essentiellement lié aux défaillances d'organes, notamment la défaillance respiratoire. En effet, de manière remarquable, la ventilation mécanique invasive conduisait constamment au décès du patient et représentait le seul facteur pronostique indépendant.

Conclusion : Cette étude rapporte la cohorte la plus importante de patients ayant une sclérodémie systémique pris en charge en réanimation médicale. La défaillance respiratoire associée à une fibrose pulmonaire évoluée représente le principal motif d'admission en réanimation. Dans ce contexte, le recours à la ventilation mécanique apparaît comme un facteur pronostique majeur associé à une mortalité hospitalière de 100 %. Ces résultats doivent générer une réflexion sur les indications d'admission en réanimation de ce sous-groupe de patients à haut-risque et sur les stratégies d'assistance respiratoire.