

Ventilation mécanique : évaluation

Mechanical ventilation: assessment

© SRLF et Springer-Verlag France 2011

SP175

Faut-il trachéotomiser un patient âgé en réanimation ?

A. Goubella¹, S. Van Den Broeck¹, L. Lenaerts¹, M. Vanhaeverbeek², P. Biston¹, M. Piagnerelli¹

¹Service de réanimation polyvalente, CHU de Charleroi, Charleroi, Belgique

²Laboratoire de médecine expérimentale, ULB-U222, CHU de Charleroi, Charleroi, Belgique

Introduction : La trachéotomie percutanée est de plus en plus réalisée chez les patients de réanimation. Si les bénéfices sur le sevrage de la ventilation sont reconnus, l'effet sur la mortalité reste controversé [1]. Au vu de l'âge vieillissant de la population, l'admission des patients âgés en réanimation est fréquente et grevée d'une mortalité élevée [2]. L'objectif de ce travail est d'étudier l'effet de l'âge sur la mortalité à 28 jours chez les patients trachéotomisés.

Patients et méthodes : Étude rétrospective, incluant sur une période de 5 ans (2006–2010) tous les patients trachéotomisés par voie percutanée et réalisée dans la réanimation polyvalente du CHU-Charleroi. Les données récoltées (exprimées en médianes et écarts interquartiles 25–75 %) étaient : l'âge, l'Apache II, l'indication de trachéotomie regroupée en pulmonaire, neurologique, traumatisme thoracique, obstruction des voies aériennes supérieures ou autres), les comorbidités (pulmonaire-BPCO, fibrose pulmonaire..., cardiopathie, obésité), la durée de ventilation mécanique avant trachéotomie et la mortalité à 28 jours. La relation entre la mortalité à 28 jours et chacun des facteurs prédictifs éventuels a été testée individuellement par un test du Chi². Les facteurs pour lesquels une valeur de $p < 0,2$ a été mise en évidence ont été introduits dans une régression logistique.

Résultats : 249 patients ont été inclus. Les caractéristiques des patients étaient : âge : 56 (44–66) ans, Apache II : 21 (15–26), durée de ventilation : 13 (8–19) jours. Les indications de trachéotomie étaient neurologiques (26 %), pulmonaires (54 %), un traumatisme thoracique (10 %), une obstruction des voies aériennes supérieures (4 %), et autres (6 %). Les comorbidités associées étaient cardiaques (16 %), une pathologie pulmonaire sous-jacente (18 %) et une obésité (10 %). La mortalité à 28 jours était de 28 %. L'analyse par régression logistique montre que le modèle associant l'âge, la durée de ventilation, le score Apache II et la comorbidité pulmonaire est globalement prédictif (Chi² 21,11, $p < 0,0003$). L'analyse des odds ratio partiels montre que seul l'âge est significatif, mais avec une valeur médiocre : 1,04 (1,02–1,06).

Conclusion : Dans notre étude, l'âge seul est peu prédictif de la mortalité à 28 jours chez les patients trachéotomisés mais son association à la durée de ventilation avant trachéotomie, le score Apache II et la présence d'une comorbidité pulmonaire semble plus adéquate.

Références

1. Griffiths J, Barber VS, Morgan L, Young JD (2005) Systematic review and meta-analysis of studies of the timing of tracheostomy in adult patients undergoing artificial ventilation. *BMJ* 330:1243

2. Mann EA, Baun MM, Meiningner JC, Wade CE (2011) Comparison of mortality associated with sepsis in the burn, trauma, and general intensive care unit patient: a systematic review of the literature. *Shock* [Epub ahead of print]

SP176

Sevrage de la ventilation mécanique : étude comparative entre la pièce en T et l'aide inspiratoire à propos de 50 cas

S. Snouda¹, N. Brahmi¹, A. Mrad¹, H. El Ghord¹, N. Kouraichi¹, H. Thabet², M. Amamou¹

¹Service de réanimation médicale, centre d'assistance médicale-urgente (Camu), Tunis, Tunisie

²Service des urgences, centre d'assistance médicale-urgente, Tunis, Tunisie

Introduction : De nombreuses études se sont intéressées au sevrage de la ventilation mécanique en réanimation sans parvenir à déterminer quelle serait la meilleure technique de sevrage. Notre étude a pour objectif principal de déterminer, entre la pièce en T et l'aide inspiratoire, laquelle de ces deux méthodes ventilatoires engendre le meilleur taux de succès de l'extubation à la 48^e heure.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude prospective randomisée mono centrique sur une période de 8 mois incluant les patients adultes intubés et ventilés pendant une période supérieure ou égale à 24 heures. Les patients auto-extubés et trachéotomisés ont été exclus. Un seul clinicien responsable a été désigné pour la randomisation (1/1) des patients après vérification des critères prérequis pour l'extubation, et la collecte des informations. Les malades étaient répartis en deux groupes selon la technique de sevrage utilisée (pièce en T et Aide inspiratoire à 8 cmH₂O, PEEP 0 cmH₂O). Cette épreuve se déroulait sur 30 minutes ; à son terme, la décision d'extubation était prise en absence de signes de mal tolérance clinique.

Résultats : 50 patients ont été inclus répartis en deux groupes : groupe A (pièce en T ; $n = 26$), groupe B (aide inspiratoire ; $n = 24$). Les deux groupes étaient comparables concernant l'âge, le sexe, les antécédents, les motifs d'admission, les scores de gravités et la durée totale de la ventilation. Le motif d'admission était dans la majorité des cas un coma dans les deux groupes. Sur le plan thérapeutique, il n'y avait pas de différence concernant l'utilisation de la sédation, des curares et des drogues vasoactives. Notre travail n'a pas trouvé de différence significative entre les deux groupes pour les paramètres étudiés au terme de l'épreuve de sevrage : fréquence respiratoire, oxymétrie de pouls, rapport PaO₂/FiO₂. Un cas d'échec de cette épreuve a été rapporté dans le groupe B. Le taux de succès de l'extubation au terme de l'épreuve de ventilation spontanée était de 73 % dans le groupe A et de 87 % dans le groupe B. Trois patients ont été ré-intubés, un patient a nécessité la VNI dans le groupe A. Dans le groupe B, 2 patients ont

nécessité la VNI avec un succès à h24. Le taux de succès de l'extubation à la 48^e heure était de 84,6 % dans le groupe A et 91,6 % dans le groupe B. Les principales causes de l'aggravation respiratoire étaient : un encombrement bronchique (78 %), un OAP chez un patient et un œdème laryngé dans un autre cas. Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes pour la durée de séjour en réanimation et le taux de mortalité.

Conclusion : Au terme de ce travail, nous pouvons conclure que les deux modes de sevrage étudiés sont équivalents en termes de succès à la 48^e heure.

SP177

Early Percutaneous Tracheostomy — 504 cases between 2004–2009. Retrospective study

T. Zawada, P. Garba

Anesthesiology & Intensive Care, 4th Military Hospital, Wrocław, Pologne

Introduction: Percutaneous tracheostomy is widely recognised method of airway access used for many years in Intensive Care Unit (ICU) patients. Tracheostomy leads to lower dead space, lower airway pressures in ventilated patients and easier care of airway. Usually it is performed in patients ventilated for more than 7 days. There is lack of credible information in literature concerning early tracheostomy, i.e. performed before day 7 of hospitalization in this group of patients.

Patients and methods: The aim of this study was determining whether early percutaneous tracheostomy improves treatment results in ventilated patients. Between 2004–2009 percutaneous tracheostomy was performed in 504 of 1,245 hospitalized patients which is 40,38%. Criteria for inclusion for early tracheostomy were based on illness characteristics, its severity and expected long time of mechanical ventilation. Two groups were compared based on the following variables: age, length of stay in ICU, period of mechanical ventilation, APACHE II score, number of VAP, MODS, average TISS 28 in first 24 hours, average TISS 28 during hospitalization, mortality. Results in two groups were compared using Chi² test and *t*-Student test.

Résultats

Variable	Percutaneous tracheostomy	Without tracheostomy	<i>p</i>
Age	57.15	57.15	ns
Length of stay in ICU	4.83	3.35	ns
Period of mechanical ventilation	5.15	5.15	ns
APACHE II score	25.96	25.96	ns
VAP	72/504 (14.28%)	138/741 (18.6%)	<i>P</i> = 0,08
MODS	9.81	6,78	ns
Average TISS 28/24 hours	35.94	35,9	ns
Average TISS 28/stay	246	246	ns
Complications	3/504 (0.59%)	–	
Mortality	190/504 (37.6%)	348/741 (46.96%)	<i>P</i> < 0.05

Conclusion: Early percutaneous tracheostomy has led to statistically significant reduction in mortality. There is lower incidence of VAP in group of patients with early tracheostomy which is interesting but statistically not significant. Two iatrogenic pneumothoraces and one venous bleeding requiring surgical intervention were noted. Nobody died due to performance of percutaneous tracheostomy.

Bibliography

- Kumar M, Jaffery A, Jones M (2002) Short-term complications of percutaneous tracheostomy: experience of a district general hospital-otolaryngology department. *J Laryngol Otol* 116:1025–7
- Rumbak MJ, Newton M, Truncate T, et al (2004) A prospective, randomized, study comparing early percutaneous dilational tracheostomy to prolonged translaryngeal intubation (delayed tracheostomy) in critically ill medical patients. *Crit Care Med* 32:1689–94

SP178

Impact de la VNI préventive systématique chez les patients à haut risque de réintubation

H. Ben Ghezala, F. Boissier, K. Razazi, A. Mekontso Dessap, C. Brun-Buisson, A. Thille

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

Introduction : La VNI préventive systématique après l'extubation pourrait prévenir la survenue d'une détresse respiratoire chez les patients à haut risque d'échec. Pourtant, jusqu'à ce jour et à notre connaissance, trois études seulement ont évalué la VNI dans cette indication. Basée sur notre première étude qui avait identifié l'âge et l'existence d'une maladie cardiaque ou respiratoire chronique sous-jacente comme facteurs d'échec d'extubation, nous avons décidé de réaliser la VNI préventive après l'extubation programmée de tous les patients qui présentaient un de ces deux critères.

Patients et méthodes : Étude prospective de toutes les extubations programmées de décembre 2010 à juillet 2011. La VNI préventive était systématiquement appliquée pour une durée d'au moins 8 heures au cours des 24 heures suivant l'extubation. Elle était toujours réalisée avec le ventilateur de réanimation. Les réglages ventilatoires étaient déterminés par le clinicien en charge du patient.

Résultats : Sur les 120 patients ventilés plus de 24 heures et extubés de façon programmée, 82 (68 %) avaient plus de 65 ans ou une maladie cardiaque ou respiratoire chronique sous-jacente. Le taux d'échec d'extubation était nettement plus élevé dans le groupe à haut risque de réintubation comparé au groupe de patient qui ne faisait pas de VNI préventive mais la différence n'était pas significative malgré une forte tendance (18 vs 5 %, *p* = 0,08). La durée réelle de VNI préventive appliquée au patient au cours des 24 premières heures était de 8,6 ± 3,5 heures. 55 patients (67 %) ont reçu au moins 8 heures de VNI le premier jour. Concernant les paramètres ventilatoires mesurés 1 heure après le début de la VNI préventive, il n'y avait aucune différence en termes d'oxygénation entre les patients du groupe succès ou échec de l'extubation. Par contre, le niveau d'AI et le niveau de PEP était plus élevé dans le groupe échec d'extubation. Surtout, malgré une fréquence respiratoire nettement plus élevée et un volume minute plus grand, la PaCO₂ sous VNI était plus élevée et le pH plus bas dans le groupe échec.

Conclusion : Comparativement à notre première étude dans laquelle nous ne pratiquions pas la VNI préventive, la baisse du taux de d'échec d'extubation était modeste et non significative (18 vs 22 %, *p* = 0,67). Cependant, la réduction tendait à être significative chez les patients qui présentaient les 2 facteurs de risque associés (âge > 65 ans et maladie cardio-respiratoire chronique). Les paramètres ventilatoires une heure après le début de la VNI préventive permettaient de prédire l'échec de l'extubation.

SP179**Évolution de la pratique de la VNI en réanimation**

F. Dachraoui, S. Ben Abdallah, F. Jalloul, I. Ouanes, M. Dlala, F. El May, F. Ben Amor, W. Selmi, L. Besbes Ouanes, F. Abroug
Service de réanimation polyvalente, CHU Fattouma-Bourguiba, Monastir, Tunisie

Rationnel : La ventilation non invasive (VNI) est devenue le *gold standard* de la ventilation dans l'exacerbation aiguë de BPCO (EABPCO) et l'œdème aigu du poumon (OAP) cardiogénique ; son usage a été étendu à nombreuses autres situations.

Objectif de l'étude : Évaluer les indications et le devenir des patients admis en réanimation chez qui la VNI a été instaurée.

Patients et méthodes : Étude rétrospective incluant tous les patients consécutivement admis en réanimation entre le 1^{er} janvier 2006 et le 15 septembre 2011, chez qui la VNI a été réalisée durant leur séjour. Nous avons relevé les caractéristiques démographiques des patients (âge, sexe, comorbidités, SAPS II, diagnostic principal), les conditions de ventilation à l'admission, l'indication de la VNI et les éléments évolutifs (durée de ventilation mécanique (VM), infection nosocomiale, recours à une intubation secondaire, durée de séjour et décès en réanimation).

Résultats : 1 845 patients ont été admis durant la période d'étude. La VNI a été réalisée chez 468 d'entre eux (25 %) : 421 patients (90 %) ont eu de la VNI comme première modalité de ventilation et 47 patients (10 %) ont eu la VNI été intubé initialement, 311 (66,5 %) étaient de sexe masculin, l'âge moyen était de 67 ans (± 12). Le SAPS II moyen était de 28,6 (± 9). 184 (39,3 %) et 43 (9,2 %) patients avaient respectivement de l'oxygène et/ou de la VNI à domicile. L'indication principale de la VNI était l'IRA/IRC pratiquée chez 442 patients (94 %), l'IRA de novo chez 20 d'entre eux (4,2 %). Elle a été utilisée dans la période post-extubation (VNI préventive ou devant des signes d'IRA) chez 46 patients (9,8 %). Dans cette indication le pourcentage est passé de 4,2 % en 2008 à 16,7 % en 2011. Pour la population ayant eu la VNI, les durées médianes de VNI et de séjour en réanimation étaient respectivement de 6 (IQR = 6) et 10 jours (IQR = 10). 33 patients (7 %) sont décédés en réanimation (la mortalité globale relevée dans le service durant la même période était de 24,6 %).

Conclusion : L'indication principale de la VNI en réanimation reste l'EABPCO hypercapnique, avec un élargissement de l'indication à la période post-extubation. La mortalité des patients en VNI est inférieure à celle de la population totale durant la même période d'étude.

SP180

Intérêt de la curarisation systématique des patients pour l'intubation oro-trachéale en réanimation : étude prospective à partir de 282 intubations

N. Sedillot¹, M. Arnaud², L. Holzapfel¹, G. Demingon¹, S. Gaillard¹, T. Lanz¹, B. Piralla¹, X. Tchenio¹, G. Thiery¹

¹Service de réanimation polyvalente, centre hospitalier de Fleury, Bourg-en-Bresse, France

²Service des urgences, CHU de Lyon, hôpital Édouard-Herriot, Lyon, France

Introduction : L'intubation oro-trachéale en réanimation s'associe à un taux de complications graves variant entre 20 et 25 % des procédures [1]. Si l'usage des curares comme facilitateur de l'intubation est démontrée en préhospitalier ou au bloc opératoire, il n'existe

pas, à notre connaissance, de publication affirmant l'innocuité et l'efficacité des curares pour l'intubation oro-trachéale en réanimation. Nous intégrons dans notre procédure d'intubation une curarisation systématique.

Matériels et méthodes : Étude prospective incluant toutes les intubations oro-trachéales pratiquées consécutivement dans le service de réanimation de novembre 2009 à novembre 2010. Deux opérateurs devaient être présents : 1 junior et 1 sénior. Les curares utilisés étaient en première intention le suxaméthonium puis, en cas de contre indication, le rocuronium ou l'Atracurium.

Résultats : 282 intubations consécutives ont été analysées, concernant 227 patients dont 148 hommes. L'âge moyen était de 66 (± 17) ans et l'IGS II de 40,6 (± 10). Les facteurs de risque d'intubation difficile étaient dominés par l'obésité (définie par un IMC > 28) concernant 33 % des patients. Les motifs d'intubation étaient avant tout des détresses respiratoires aiguës (178/282) et des troubles de conscience (79/282). La présence de deux opérateurs était effective dans 220 intubations. La procédure était réalisée par un junior sans recours au sénior présent dans 170 cas (77 % de succès). Le sénior intubait seul dans 62 cas avec recours à un autre sénior dans 2 gestes. Les drogues sédatives utilisées étaient la kétamine dans 139 procédures (dose moyenne = 285 \pm 81 mg), le midazolam dans 123 gestes (20 \pm 9 mg) et le propofol dans 94 cas (75 \pm 50). Des curares étaient utilisés dans 270 des 282 gestes analysés (95,74 %) : le suxaméthonium dans 252 procédures (86 \pm 23 mg), le rocuronium dans 17 gestes (84 \pm 25 mg) et l'atracurium dans 1 cas (50 mg). Les motifs de non curarisation étaient : usage de fibroscope (1), ventilation brève pour endoscopies ou gestes invasifs (4), non respect du protocole (5) et arrêt respiratoire (2). La technique utilisée était la laryngoscopie directe seule dans 249 procédures (88,3 %). Le recours à un mandrin long béquillé a été nécessaire dans 32 cas (11,3 %). Le nombre moyen d'exposition était de 1,5 ($\pm 0,58$). La durée moyenne de la procédure a été de 5,5 minutes (± 3). L'incidence des intubations difficiles était de 17 %. Des complications graves sont survenues dans 34 intubations (12 %) : 5 ACR dont 3 suivis d'un décès (1 % des procédures), 8 hypotensions sévères (PAM < 45 mmHg), 21 hypoxies profondes (SpO₂ < 80 %). Des complications non graves sont survenues dans 93 procédures dont 46 hypotensions non sévères (PAM < 65 mmHg), 24 hypoxies modérées (SpO₂ < 90 %) et 15 intubations œsophagiennes (5,3 %). L'usage d'un curare était significativement plus fréquent ($p < 0,02$) dans le groupe intubation sans complication (99,35 %) que dans les groupes des intubations avec complications peu sévères (92,47 %) ou avec complications graves (88,23 %). La durée moyenne de ventilation mécanique était de 8 (± 8) jours pour une durée moyenne de séjour de 10,3 (± 9) jours. La mortalité au 28^e jour était de 38,7 %.

Discussion : L'usage systématique des curares dans notre procédure d'intubation est associée à des taux de complications graves et de décès identique voir inférieur à ceux retrouvés dans la littérature et cela quelque soit l'opérateur. L'incidence des intubations difficiles est également identique voir inférieure à celle retrouvée dans la littérature. L'usage d'un curare est significativement plus fréquent dans le groupe des intubations non compliquées.

Conclusion : La curarisation systématique dans notre procédure d'intubation en réanimation semble diminuer l'incidence des intubations difficiles et des complications.

Référence

- Jung B, Chanques G, Sebbane M, et al (2008) Les modalités de l'intubation en urgence et ses complications. *Reanimation* 17:753–60

SP181**Pratique de la ventilation non invasive dans une unité de réanimation marocaine : bilan 2009–2010**

H. Ezzouine, B. Charra, K. Lamzawak, A. Benslama, S. Motaouakkil
Service de réanimation médicale, CHU Ibn-Rochd de Casablanca,
Casablanca, Maroc

Introduction : La ventilation non invasive est un progrès indéniable dans le traitement des détresses respiratoires en réanimation. Le but de ce travail était d'évaluer la pratique de la ventilation non invasive dans le traitement des détresses respiratoires et sa place comme un mode d'accompagnement et de pré-oxygénation avant intubation au sein du service de réanimation médicale du CHU Ibn-Rochd de Casablanca.

Matériels et méthodes : C'est une étude rétrospective s'étalant de mars 2009 à novembre 2010. Elle a inclus tous les patients ayant bénéficié d'une ventilation non invasive.

Résultats : 74 patients ont reçu ce mode de ventilation suite à des étiologies diverses ; 8 patients (10,8 %) ayant un accident vasculaire cérébral ischémique comme un mode d'accompagnement, en pré-oxygénation avant intubation 9,5 % et dans 79,7 % des cas comme un mode d'aide respiratoire : pneumopathie hypoxémiant 18,9 %, œdème aigu du poumon cardiogénique (16,2 %), décompensation aiguë de bronchopneumopathie chronique obstructive (13,6 %), insuffisance respiratoire aiguë hypoxémiant (6,8 %), asthme aigu grave (5,4 %), postopératoire (5,4 %), prévention de l'insuffisance respiratoire aiguë post-extubation (5,4 %), sevrage de la ventilation invasive (4 %), maladie neuromusculaire (2,7 %) et un seul traumatisé thoracique fermé. Tous les patients ont bénéficié d'une ventilation non invasive conduite en mode spontané en pression positive avec aide inspiratoire (VS + PEEP + AI) et d'un traitement médical en fonction de l'indication. L'efficacité de ce mode ventilatoire a été jugée sur l'évolution des paramètres cliniques et gazométriques. L'amélioration a été observée globalement dans 69,5 % des cas. Au cours de la pneumopathie hypoxémiant 57 %, l'OAP 75 % de succès, la décompensation de BPCO 70 % se sont améliorés, l'insuffisance respiratoire aiguë hypoxémiant (60 %), l'asthme (100 %) se sont améliorés. En postopératoire 75 % se sont améliorés. Pour la prévention de l'insuffisance respiratoire aiguë post-extubation, 2 patients se sont améliorés contre 2 qui se sont aggravés (50 vs 50 %). En sevrage de la ventilation invasive, 100 % se sont améliorés. Pour les maladies neuromusculaires, 1 patient s'est amélioré contre un qui s'est aggravé. Un seul traumatisé thoracique fermé qui est bien amélioré. La VNI a été efficace en valeur absolue dans l'OAP, la décompensation de BPCO, l'asthme, en postopératoire et dans le sevrage de la ventilation invasive. Les complications de la VNI étaient dominées par les érythèmes de la face (47,2 %), la sécheresse buccale (14,8 %), les douleurs nasosinusiennes (14,8 %), la distension gastrique (12,6 %) et les otalgies (9,4 %). 6 patients (10 %) sont intubés-ventilés puis bien améliorés par contre, 12 patients (20,5 %) sont intubés-ventilés puis décédés secondairement à des causes multiples.

Conclusion : La ventilation non invasive a permis par un progrès indéniable dans la ventilation en milieu de réanimation. Notre étude vient corroborer l'efficacité de la VNI dans la prise en charge des OAP, les BPCO, l'asthme, en postopératoire et en sevrage de la ventilation invasive et nous encourage à développer sa pratique et élargir ses indications.

SP182**Analyse des complications après thromboendartériectomie pulmonaire et facteurs de risque**

J. Camous¹, T. Decrombecque¹, A. Mazeraud¹, A. Imbert¹,
S. Rézaiguia-Delclaux¹, O. Mercier², F. Stephan¹

¹Service de réanimation chirurgicale,
centre chirurgical Marie-Lannelongue, Le Plessis-Robinson, France
²Chirurgie thoracique et vasculaire,
centre chirurgical Marie-Lannelongue, Le Plessis-Robinson, France

Introduction : La thromboendartériectomie pulmonaire (TEP) sous circulation extra corporelle et en hypothermie profonde est le traitement de choix de l'hypertension artérielle pulmonaire post embolique. Les complications de cette intervention et les facteurs de risque de séjour prolongé ou de décès sont encore mal définis. Le but de cette étude est de préciser la fréquence des complications et les facteurs de risque de décès ou de ventilation prolongée après TEP.

Patients et méthodes : Les patients opérés d'une TEP ont été prospectivement identifiés de 2008 à 2009. Les caractéristiques préopératoires des patients, les paramètres respiratoires et le score SOFA à j1 post opératoire ont été colligés. Les complications infectieuses, respiratoires, cardiovasculaires, neurologiques et rénales ont été notées. Un indice composite comprenant une ventilation mécanique > 6 j et le décès représente le principal marqueur du devenir des patients. Une régression logistique a été réalisée.

Résultats : Durant 2 ans, 174 patients ont été prospectivement inclus. Le tableau résume leurs principales caractéristiques. Les complications surviennent chez 53 % des patients. Les plus fréquentes sont les pneumopathies (27 %), l'arythmie par fibrillation auriculaire (21 %), le délirium (20 %), et le SDRA (11,5 %). Sept patients ont bénéficié d'une ECMO et 2 ont été transplantés. Une thrombopénie induite par l'héparine a été prouvée chez 6 patients (3,4 %). Sept patients (4 %) sont décédés et 44 ont été ventilés plus de 6 jours. Les facteurs de risque d'une durée de ventilation mécanique ≥ 6 jours sont les RAP > 1 500 dynes.s.cm⁻⁵ [OR = 2,7], le score de gravité IGS II [OR = 1,06 par point], le score SOFA à j1 [OR = 1,3 par point] et le score radiologique à j1 supérieur à 4 [OR = 2,7 par point].

Tableau 1 Caractéristiques des patients (n = 174)

Âge (an)	57 ± 16
Sexe féminin (%)	51 %
Résistances artérielles pulmonaires (RAP) [dynes.s.cm ⁻⁵]	1 555 ± 642
PaO ₂ /FIO ₂ préopératoire	312 ± 56
SAPS II	25 ± 11
Trachéotomie (%)	7,5 %
Durée de séjour (jours)	7 [5–13]

Conclusion : La mortalité des TEP est faible (4 %). Plus de la moitié des patients vont développer une complication. La sévérité de l'hypertension artérielle pulmonaire, le score SAPS II, le nombre de dysfonction d'organes à J1 et l'infiltrat radiologique sont les facteurs de risque d'un devenir compliqué.

Bibliographie

- Jais X, Darteville P, Parent F, et al (2007) Hypertension pulmonaire post embolique. Rev Mal Respir 24:497–508