

Infections virales

Viral infections

© SRLF et Springer-Verlag France 2011

SP191

Syndrome de détresse respiratoire aiguë de l'adulte sur poumon rougeoleux, une pathologie en recrudescence

P. Dumanoir, M. Lugosi, C. Minet, A. Bonadona, R. Hamidfar-Roy, C. Ara Somohano, C. Schwebel, J.F. Timsit
Service de réanimation médicale, CHU de Grenoble, Grenoble, France

Introduction : La rougeole est en recrudescence chez l'adulte. Son évolution vers un syndrome de détresse respiratoire aiguë n'est cependant qu'exceptionnellement rapportée dans la littérature. Au plus fort d'une épidémie de rougeole, nous rapportons 5 cas de pneumopathies graves ayant pour certaines évoluées vers un tableau de SDRA entraînant une hospitalisation en réanimation entre décembre 2010 et mai 2011. Les données ont été collectées de façon rétrospective.

Résultats : Parmi ces 5 cas, 4 étaient des femmes, l'âge médian était de 27 ans. La médiane du score IGSII à l'entrée était de 29 [25–40]. Aucun des 5 patients n'avait été vacciné. Une notion de contagé était retrouvée pour seulement 2 patients, contagé dans le cadre familial. Concernant les critères diagnostiques, quatre patients présentaient une éruption évocatrice à l'admission, pour le cinquième l'éruption s'est révélée après 7 jours d'hospitalisation sous la forme d'un purpura pétéchial peu évocateur. L'érythème n'a jamais été constaté. Aucun de ces cinq patients ne présentait de symptomatologie neurologique. La radiographie pulmonaire montrait initialement un syndrome interstitiel dans 4 cas. Une lymphopénie a été mise en évidence à l'admission pour deux patients (0,2 et 0,7 G/l). Il n'existait pas de perturbation du bilan hépatique ou pancréatique à part une élévation modérée et isolée des gamma-GT pour 3 patients. Une élévation notable des LDH a pu être mise en évidence pour 4 patients avec une médiane à 923 [827–1 137]. Le diagnostic a pu être confirmé pour chaque patient par une sérologie. Deux patients ont bénéficié d'une PCR salivaire revenue positive et une PCR est revenue positive dans le LBA chez un troisième patient. La cytologie de ce LBA retrouvait alors 51 % de polynucléaires neutrophiles, 33 % de lymphocytes et 16 % de macrophages. Deux patientes présentaient à leur entrée une surinfection bactérienne pulmonaire (*Staphylococcus aureus* et *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*). Quatre patients ont été intubés du fait de l'aggravation du tableau respiratoire et l'apparition de critères de SDRA avec un rapport PaO₂/FiO₂ médian à 118 [125–142]. Quatre patients ont reçu des curares, deux du monoxyde d'azote et deux ont été placés en décubitus ventral. Une patiente a bénéficié d'une corticothérapie devant l'absence d'évolution favorable du SDRA. Les médianes de durée de ventilation et de durée de séjour en réanimation étaient de 12,5 jours [11,25–14,5] et 14 jours [12–15] respectivement. Une patiente a nécessité la mise en place d'une circulation extra-corporelle veino-veineuse d'oxygénation. Trois patients ont reçu un traitement par ribavirine en autorisation temporaire d'utilisation dans le cadre du traitement étiologique de la rougeole. Quatre patients sont sortis du service puis rentrés à domicile. Une

patient est décédée en réanimation à j15 de son admission d'un choc hémorragique sous CEC. Ces cinq patients ont été admis en réanimation en cinq mois à peine, au cours d'une vague épidémique de rougeole exceptionnelle dans notre région.

Conclusion : Ces cinq cas rapportés appuient sur le caractère agressif de la forme pulmonaire de cette infection et son évolution parfois gravissime chez l'adulte dans un contexte actuel inquiétant de baisse de la couverture vaccinale.

SP192

Recrudescence des formes sévères de rougeole au cours de l'épidémie du printemps 2011 : à propos de quatre cas

S. Machado¹, M. Serveaux-Delous², L. Amigues², O. Jonquet³, P. Gaudard⁴, K. Klouche²

¹Service de réanimation médicale, hôpital Lapeyronie, Montpellier, France

²Service de réanimation médicale, CHRU Lapeyronie, Montpellier, France

³Service de réanimation médicale, CHU Gui-de-Chauliac, Montpellier, France

⁴Département anesthésie et réanimation chirurgicale, CHRU Arnaud-de-Villeneuve, Montpellier, France

Introduction : Depuis 2008, une épidémie de rougeole sévit en France, avec plus de 4 500 cas déclarés en 2010 à l'institut de veille sanitaire. La cause principale est probablement une couverture vaccinale insuffisante. Cette recrudescence s'est accompagnée, préférentiellement chez l'immunodéprimé, de formes sévères ayant nécessité une prise en charge en réanimation.

Observation : Dans notre unité de réanimation, nous avons colligé quatre cas de rougeole grave entre février et mai 2011. Trois patients étaient immunodéprimés et le dernier immunocompétent non vacciné. L'atteinte pulmonaire était prépondérante et sévère chez les patients immunodéprimés sous la forme d'un syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) justifiant d'une *extra corporeal membrane oxygenation* (ECMO) chez deux d'entre eux. Chez le patient immunocompétent, une atteinte neurologique, de type encéphalomyélite aiguë, prédominait. Du fait de tableaux cliniques peu spécifiques, parfois atypiques, le diagnostic a été posé le plus souvent avec retard, en post-mortem pour l'un d'eux. Les techniques diagnostiques sérologiques étaient souvent mises en défaut à l'opposé de la technique moléculaire, rentable dans tous les cas. Le traitement était symptomatique incluant une corticothérapie à fortes doses. Deux patients sont décédés malgré la prise en charge en ECMO, le 3^e a survécu au prix d'une fibrose pulmonaire invalidante et le dernier garde une paraparésie séquellaire sans atteinte cognitive.

Conclusion : Ces quatre observations illustrent les difficultés diagnostiques et thérapeutiques liées aux formes sévères de la rougeole,

notamment chez l'immunodéprimé. Celle-ci redevient une maladie d'actualité en réanimation. Son diagnostic ne doit pas être méconnu, et doit être évoqué devant toute pneumonie extensive de l'immunodéprimé. Une prise en charge optimisée, précoce et un traitement étiologique pourrait en améliorer le pronostic mais la vaccination reste pour l'instant seule garante de l'éradication de cette pathologie.

SP193

Méningo-encéphalites à rubéole chez l'adulte en réanimation

I. Ouanes¹, F. May¹, F. Dachraoui¹, A. Toumi², S. Mhalla³, F. Jalloul¹, M. Dlala¹, S. Ben Abdallah¹, F. Ben Amor¹, W. Salmi¹, L. Ouanes-Besbes¹, F. Abroug¹

¹Service de réanimation polyvalente, CHU Fattouma-Bourguiba, Monastir, Tunisie

²Service de maladies infectieuses, CHU Fattouma-Bourguiba, Monastir, Tunisie

³Service de microbiologie, CHU Fattouma-Bourguiba, Monastir, Tunisie

Introduction : La rubéole est une infection virale éruptive contagieuse touchant essentiellement l'enfant, devenue rare avec la vaccination. Elle est généralement de bon pronostic mais peut rarement se manifester par l'atteinte du système nerveux central (1/5 000 cas) [1]. Des cas de méningo-encéphalites ont été décrits chez l'enfant [2]. Peu de données sont disponibles chez l'adulte. L'objectif de notre étude est de rapporter une série de cinq patients hospitalisés en réanimation pour méningo-encéphalite à rubéole.

Patients et méthodes : C'est une étude de cohorte incluant cinq patients âgés entre 24 et 41 ans, hospitalisés en réanimation, lors d'une épidémie de rubéole survenue entre mars et juin 2011. Les aspects cliniques, les résultats de l'imagerie, la prise en charge et le devenir des patients ont été recueillis. Le diagnostic de rubéole a été retenu dans tous les cas par la présence d'IgM à la sérologie.

Résultats : Les manifestations cliniques d'appel sont dominés par un syndrome méningo-encéphalitique sévère (confusion dans tous les cas avec un GCS entre 8 et 12/15, convulsions généralisées chez 3 patients, des céphalées et un syndrome méningé chez tous les patients). Le tableau infectieux était constant, avec une fièvre dans tous les cas, ainsi que des myalgies et des arthralgies. Tous les patients ont présenté un rash cutané. La PL réalisée chez tous les patients était constamment anormale (albuminorrhachie moyenne : 1,8 g/l ; EB : 41,5/mm³ ; glycorrachie : 4,1 mmol/l) Le scanner réalisé chez tous les patients était anormal uniquement chez un patient montrant une hypodensité du lobe temporal avec congestion cérébrale. L'IRM réalisée chez 3 patients était anormale chez un seul patient (anomalies du signal du corps calleux et œdème cérébral). La VM a été nécessaire chez 3 patients/5 (durée moyenne = 3,66 ; DS = 0,57). L'évolution était favorable dans tous les cas, les séjours moyens en réanimation et à l'hôpital étaient respectivement de 6,6 (DS : 0,57) et 14,3 (DS : 6,5) jours.

Conclusion : La rubéole peut donner des méningo-encéphalites chez l'adulte jeune avec une présentation potentiellement grave. Le rash cutané peut orienter vers le diagnostic et, l'évolution est favorable sans traitement spécifique.

Références

1. Bechar M, Davidovitch S, Goldhammer G, et al (1982) Neurological complications following rubella infection. *J Neurol* 226:282-7

2. Dwyer DE, Hueston L, Field PR, et al (1992) Acute encephalitis complicating rubella virus infection. *Pediatr Infect Dis J* 11:138-40

SP194

Les gripes graves de l'agglomération lyonnaise au cours des hivers 2009-2010 et 2010-2011

R. Henu¹, C. Augier¹, M. Cour¹, J.M. Robert¹, G. Bourdin², J. Bohe³, B. Allaouchiche⁴, M. Puidupin⁵, L. Liron⁶, J. Manchon⁷, D. Robert¹, L. Argaud¹

¹Service de réanimation médicale, CHU de Lyon, groupement hospitalier Édouard-Herriot, Lyon, France

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

³Service de réanimation médicale, CHU de Lyon, groupement hospitalier Lyon-Sud, Lyon, France

⁴Service de réanimation chirurgicale, CHU de Lyon, groupement hospitalier Édouard-Herriot, Lyon, France

⁵Service de réanimation polyvalente, hôpital d'instruction des Armées, Lyon, France

⁶Service de réanimation polyvalente, clinique du Tonkin, Lyon, France

⁷Service de réanimation polyvalente, centre hospitalier Saint-Joseph-Saint-Luc, Lyon, France

Introduction : Depuis l'émergence du virus A (H1N1) 2009, les services de réanimation sont confrontés à une forte augmentation d'incidence des gripes graves, en particulier sous forme de syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) responsable d'une mortalité importante. Cette étude a pour objectif de décrire et comparer les caractéristiques des patients atteints de formes graves d'infection grippale au cours des épidémies hivernales 2009-2010 (hiver 2009) et 2010-2011 (hiver 2010) dans un bassin de population.

Patients et méthodes : Nous avons étudié et comparé les caractéristiques cliniques, biologiques, l'évolution et les traitements des patients hospitalisés pour une grippe au cours des hivers 2009 et 2010 dans l'un des 12 services de réanimation polyvalente adulte (154 lits) de l'agglomération Lyonnaise.

Résultats : Le nombre et les caractéristiques démographiques des patients hospitalisés étaient sensiblement les mêmes ($p = ns$) au cours des deux dernières épidémies grippales : 40 patients admis dans 8 services au cours de l'hiver 2009 (54 ± 14 ans, sex-ratio : 1,2) versus 41 patients dans 7 services en 2010 (58 ± 15 ans, sex-ratio : 2,1). La gravité des patients était également proche, avec des scores IGS2 et SOFA respectivement de 43 ± 19 versus 44 ± 21 et $7,9 \pm 4,3$ versus $8,9 \pm 5,1$ ($p = ns$). Trente-cinq patients (88 %) ont bénéficié d'une ventilation artificielle (18 ± 28 j) en 2009, 25 pour un SDRA (63 %) ; 38 patients (92 %) ont été ventilés (8 ± 11 j), 22 (53 %) pour SDRA en 2010 ($p = ns$). La prise en charge ventilatoire des SDRA était conforme aux recommandations. Le recours aux thérapeutiques respiratoires « adjuvantes » a été plus fréquent en 2009 qu'en 2010 : respectivement 14 (35 %) versus 5 (12 %) patients ont été traités par débitum ventral ($p < 0,05$), 10 (25 %) versus 3 (7 %) par monoxyde d'azote ($p < 0,05$), et 5 (13 %) versus 3 (7 %) par oxygénation extracorporelle ($p = ns$). L'évolution a été marquée par la survenue de 13 décès en réanimation (33 %) en 2009, 7 (17 %) en 2010 ($p = ns$). Pendant la durée de l'épidémie, le taux d'occupation des lits de réanimation par des patients grippés était de 6,3 % au cours de l'hiver 2009 versus 4,7 % en 2010 ($p < 0,01$). Au pic de l'épidémie, le taux d'occupation maximum des lits de réanimation était de 10,4 % en 2009 versus 9,7 % en 2010 ($p = ns$).

Conclusion : Ces résultats objectivent la réalité des deux dernières épidémies grippales, à travers les admissions de formes graves en réanimation dans un bassin de population. Bien que moins médiatisée, l'épidémie survenue au cours de l'hiver 2010/2011 a été marquée par des formes cliniques tout aussi graves et une consommation de ressources médicales assez proche.

SP195

Épidémie de dengue en Martinique en 2010 :

étude des cas sévères hospitalisés en soins intensifs

D. Resiere¹, E. Souchard¹, J.-L. Ferge¹, M. Jonas¹, C. Chabatié¹, F. Daviaud¹, S. Kaidomar¹, F. Najjioullah¹, B. Megarbane², L. Thomas¹, H. Mehdaoui¹, R. Valentino¹

¹Service de réanimation polyvalente, CHU de Fort de France, Fort de France, Martinique

²Service de réanimation médicale et toxicologique, CHU Lariboisière, Paris, France

Introduction : La dengue est l'arbovirose la plus répandue dans le monde : 1 % des patients développent une forme sévère. Parmi eux, certains nécessitent une prise en charge en réanimation. Très peu d'études dans le monde et aucune aux Antilles n'ont analysé ces patients. La Martinique a connu en 2010, une épidémie liée à la co-circulation de DENV-1 et DENV-4, remarquable par sa période de survenue, son ampleur et sa gravité.

Matériels et méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective entre juin et novembre 2010, auprès des 26 patients infectés par le virus de la dengue, hospitalisés dans les réanimations de la Martinique afin d'étudier leur caractéristiques clinico-biologiques et d'identifier les facteurs prédictifs d'hospitalisation et de décès en réanimation. Les comparaisons en fonction du devenir en réanimation ont été faites par tests de Chi-2 ou Mann-Whitney selon le type de variables.

Résultats : Les patients sont admis en réanimation pendant la phase critique (4^e jour). Ils ont en moyenne 3 défaillances d'organes. Les caractéristiques cliniques de ces patients sont : un sexe masculin (16 [61,5 %]), des antécédents cardiovasculaires (12 [46,15 %]) ou de drépanocytose (6 [23 %]), une hyperleucocytose (11 G/l [1,8–31]), médiane [percentiles : 10–90 %]), une cytolysé hépatique importante (ALAT : 759 UI/l [18–4 000]), (ASAT : 2105 UI/l [34–14 170]) une insuffisance rénale (créatininémie : 232,18 μM/l [34–750]) et un taux de prothrombine effondré (52,58 % [< 10 –100]) sont des facteurs de risque d'admission en réanimation. Parmi ces patients, 22 ont été intubés, 14 ont nécessité l'administration d'amines vasopressives et 15 ont été dialysés. 3 patients ont été assistés par *extra corporeal membrane oxygenation*. 11 patients ont reçu une transfusion en plaquettes. Seize patients sont décédés en moyenne au 7^e jour d'hospitalisation. Une thrombopénie sévère, avec un taux de plaquettes ($86 \times 10^3/\text{mm}^3$ [7–400]), une dysfonction coagulatoire (TP : 53 % [< 10 –100]), et surtout l'apparition d'une fuite capillaire (hématocrite 32 % [16–50]) responsable d'un *dengue shock syndrome* (14 patients) représentent des facteurs de risque de mortalité en réanimation.

Conclusion : Les patients admis en réanimation pour une dengue sont jeunes et très sévèrement atteints. Malgré la mise en place de thérapeutiques invasives, nombre d'entre eux décèdent. La réalisation d'études multicentriques permettrait de mieux analyser les formes les plus sévères de dengue et d'anticiper leur survenue lors d'épidémies ultérieures.

Bibliographie

1. Thomas L, Brouste Y, Najjioullah F, et al (2010) Predictors of severe manifestations in a cohort of adult dengue patients. *J Clin Virol* 48:96–9

SP196

Étude comparative de la prise en charge des nourrissons atteints d'une infection au virus respiratoire syncytial aux soins intensifs pédiatriques

G. Morissette¹, D. Delorme², M.E. Binet¹, P. Daigneault³, I. Pin⁴, C. Llerena⁴, I. Wroblewski⁵, M.A. Dugas⁶

¹Pédiatrie, centre Mère-Enfant du CHU de Québec, Québec, Canada

²Pédiatrie, CHU de Grenoble, Grenoble, France

³Pneumologie pédiatrique, centre Mère-Enfant du CHU de Québec, Québec, Canada

⁴Pneumologie pédiatrique, CHU de Grenoble, Grenoble, France

⁵Réanimation pédiatrique, CHU de Grenoble, Grenoble, France

⁶Soins intensifs pédiatriques, centre Mère-Enfant du CHU de Québec, Québec, Canada

Introduction : L'infection au virus respiratoire syncytial est un motif d'admission fréquent aux soins intensifs pédiatriques. Aucune modalité thérapeutique n'a été démontrée efficace. Notre hypothèse est que les variations de pratiques influencent peu la durée de séjour en réanimation et en hospitalisation. L'objectif de cette étude est de comparer les approches thérapeutiques et la durée de séjour des enfants de moins de deux ans admis aux soins intensifs pédiatriques du centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) et de Grenoble (CHUG) en raison d'une infection respiratoire au virus respiratoire syncytial.

Patients et méthodes : Étude rétrospective descriptive autorisée par les comités d'éthique de 141 nourrissons de moins de 2 ans identifiés prospectivement sur 2 périodes épidémiques de VRS successives (2008 à 2010).

Résultats : Les caractéristiques démographiques des deux cohortes sont similaires au moment de l'admission sauf le poids médian (CHUG 4,19 [1,5–5,14,35 IQR] vs CHUQ 4,89 kg [2,75–13 IQR], $p < 0,001$). La proportion d'enfants intubés en pré-admission est plus importante au CHUQ (21 vs 6,3 %, $p < 0,05$) du fait de contraintes géographiques. En pré-admission, le recours à l'accès vasculaire (95 vs 46 %, $p < 0,01$), l'adrénaline (63 vs 3 %, $p < 0,01$) et à l'antibiothérapie (61 vs 33 %, $p < 0,01$) est plus fréquente au CHUQ. La fréquence respiratoire, la PCO_2 et le pH à l'admission sont similaires. Le taux de saturation médian est plus bas au CHUQ (92 % [88–94 IQR] vs 96 % [89–99 IQR]), $p < 0,01$). En réanimation, le nombre de patients sous antibiothérapie, physiothérapie respiratoire, corticoïdes et salbutamol n'est pas différent. La fréquence journalière de physiothérapie respiratoire est plus grande au CHUQ (2 [1–6 IQR] vs 2 [1–2 IQR], $p < 0,01$), tout comme le nombre de patient sous adrénaline en inhalation (45 vs 3 %, $p < 0,01$). Le pH minimal est plus bas (7,28 [7,20–7,33] vs 7,31 [7,26–7,38], $p < 0,01$) et la pCO_2 maximale plus élevée (61 [52–75 IQR] vs 52 [43–61 IQR], $p < 0,01$) au CHUQ. L'utilisation de ventilation non invasive est plus fréquente (26 vs 63 %, $p < 0,05$) et sa durée médiane plus longue au CHUG (72 [43–96 IQR] vs 28 heures [6–42 IQR], $p < 0,001$). La durée médiane de ventilation conventionnelle n'est pas statistiquement différente (CHUG 119 [59–144 IQR] vs CHUQ 80 heures [44–144 IQR], $p = 0,44$) tout comme sa fréquence d'utilisation (CHUG 13 vs CHUQ 18 patients, $p = 0,1$). La durée médiane de ventilation totale est plus longue au CHUG qu'au CHUQ (82 [48–150] vs 51 heures [29–118], $p = 0,049$). La durée d'hospitalisation médiane en réanimation est plus longue au CHUG qu'au CHUQ (46 [19–104 IQR] vs 89 heures [51–159 IQR], $p < 0,001$) sans impact sur la durée médiane d'hospitalisation (173 [134–243] vs 188 heures [110–258], $p = 0,91$). On retrouve un nombre plus élevé de patients au CHUQ ayant des complications respiratoires (62 vs 13 %, $p < 0,01$).

Discussion : Malgré la non-démonstration de l'efficacité thérapeutique du salbutamol, de l'adrénaline en nébulisation et des corticostéroïdes, ceux-ci demeurent fréquemment utilisés tant en pré-admission qu'en

réanimation, tout comme la physiothérapie respiratoire. Les praticiens du CHUQ utilisent l'adrénaline en inhalation de façon beaucoup plus fréquente que ceux du CHUG. Le CHUG semble utiliser d'avantage la ventilation non-invasive, expliquant potentiellement les gaz du sang et le taux de complications respiratoires plus faibles, mais ceci peut-être au détriment d'une durée de séjour en réanimation plus longue. Les facteurs liés aux modalités et conditions de libération des soins intensifs n'ont pas été étudiés.

Conclusion : Chez l'enfant de moins de deux ans atteint d'une infection au virus respiratoire syncytial, il existe certaines différences entre les centres dans la prise en charge thérapeutique et dans les durées de séjours en réanimation sans impact sur la durée totale d'hospitalisation. Les facteurs associés à la durée de séjour en réanimation seront étudiés.

SP197

Pronostic des infections virales communautaires en réanimation

S. Dalla Ayed, R. Bouzgarrou, R. Atig, S. Ayed, N. Tilouch, R. Gharbi, M. Fekih Hassen, S. Elatrous

Réanimation médicale, CHU Taher-Sfar de Mahdia, Mahdia, Tunisie

Introduction : Les infections virales sont une cause peu fréquente d'hospitalisation. Les manifestations cliniques sont polymorphes pouvant être essentiellement neurologique ou respiratoire. L'objectif de cette étude était de déterminer le pronostic des infections virales dans un service de réanimation médicale tunisien et les facteurs prédictifs de mortalité.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée dans le service de réanimation médicale de CHU Taher-Sfar de Mahdia.

Tous les patients hospitalisés pour prise en charge d'une infection virale grave entre mars 2004 et septembre 2011, étaient inclus dans cette étude. Les infections par le virus VIH ou par les virus de l'hépatite étaient exclues. Les paramètres recueillis étaient : les caractéristiques démographiques, l'état de santé antérieur, le score de gravité (SAPSII), les motifs d'hospitalisation, le virus en cause, le recours à la ventilation mécanique, le développement des infections nosocomiales, la durée de séjour, la durée de la ventilation mécanique, la mortalité et la charge de travail déterminée par le score oméga. Une analyse univariée puis multivariée étaient réalisées afin de déterminer les facteurs prédictifs de mortalité en cas d'infection virale.

Résultats : Durant la période de l'étude 37 patients (âge moyen : 47 ± 19 ans, sex-ratio : 1,17, SAPSII moyen : 32 ± 20) étaient inclus dans cette étude. Soixante dix pourcent des patients ne présentaient aucune pathologie sous jacente. Les virus en causes étaient : le virus AH₁N₁ (43 %), virus de la grippe saisonnière (3 %), virus de l'herpès (35 %), varicelle zona (8 %), virus de la rubéole (8 %), virus des oreillons (3 %). Dix neuf (51 %) patients étaient hospitalisés pour prise en charge d'une insuffisance respiratoire aiguë avec critères de SDRA. Les autres motifs d'admission étaient un coma (41 %) et un état de choc septique (8 %). Pendant le séjour 35 % des patients avaient présenté une infection nosocomiale. La durée de séjour était de 13 ± 13 jours. La mortalité était 22 %. En analyse univariée, seuls le SAPSII et le motif d'admission en réanimation diffèrent significativement entre les décédés et les survivants. En analyse multivariée, le SAPSII était l'unique facteur prédictif de mortalité (OR : 1,005 ; IC 95 % : [1,005–1,107]).

Conclusion : Dans notre étude, la moitié des infections virales graves était des SDRA (virus A H1N1, varicelle). Le SAPSII était le seul facteur prédictif de mortalité qui ne diffère pas de la mortalité globale du service.