

Onco-hématologie

Onco-haematology

© SRLF et Springer-Verlag France 2013

FC087

Syndrome d'hyperviscosité plasmatique :

Savoir y penser

G. Dumas, L. Zafrani, S. Merceron, E. Canet, V. Lemiale, E. Azoulay
Service de réanimation médicale, CHU Saint-Louis, Paris, France

Introduction : Le syndrome d'hyperviscosité plasmatique (SHV) est une urgence thérapeutique médicale. Il ne fait cependant l'objet que de rares séries dans la littérature. Nous rapportons une série de 22 cas de SHV documentés en réanimation.

Patients et méthodes : Étude rétrospective monocentrique sur la période 2000-2013. Ont été inclus les patients hospitalisés pour un SHV, confirmé par un examen systématique du fond d'œil. Les caractéristiques cliniques, biologiques ont été recueillies, ainsi que les modalités thérapeutiques et le devenir des patients à la sortie de réanimation et à 3 mois.

Résultats : 22 patients ont été inclus (âge médian : 65 ± 11 ans, sex ratio : H/F 17/5). A l'admission, la maladie causale était connue dans 45 % des cas. Les étiologies se répartissaient ainsi : myélome multiple dans 74 % des cas (IgG : 62,5 %, IgA : 37,5 %) devant une maladie de Waldenström dans 18 % des cas et une autre cause dans 18 % (n = 2) (cryoglobuline type I et syndrome lymphoprolifératif). La présentation clinique était dominée par les manifestations neurologiques dans 59 % de cas (céphalées = 31,9 % ; ataxie = 18,1 % ; vertiges = 13,6 % ; confusion = 18,1 %, voire coma = 13,6 %) et les troubles visuels (63,6 %), devant les acouphènes (31,8 %) et un saignement (41 %). Une détresse respiratoire était présente chez la moitié des patients à l'admission avec le recours à une ventilation invasive dans 3 cas. Il s'agissait d'un OAP de dilution dans 72 % des cas, volontiers associé à une infection pulmonaire dans 45 % des cas. Une pneumonie isolée était présente dans 18 % des cas. Au plan biologique, la protidémie médiane était de 118 g/l [97-162], avec une valeur médiane du pic monoclonal à 65 g/l [50-74]. Une anémie était présente chez la totalité des patients avec un taux médian d'hémoglobine à 7,65 g/dl [6,1-8,4] et une insuffisance rénale chez 68 % (créatininémie médiane : 211 μmol/l [97-197]). Au fond d'œil on observait : une dilatation des vaisseaux rétinien (68,2 %), des hémorragies (68,2 %), des exsudats (32 %). 19/22 patients ont bénéficié de séances de plasmaphérèse pour un nombre moyen de 1,5 ± 0,5 échanges/patients. La réduction moyenne de la protidémie par séance d'échange plasmatique était de 33 ± 15 g/l avec un délai de régression des symptômes de 2,1 jours [1,5-2,5]. Un traitement étiologique était associé dans 63,6 % des cas. 91 % des patients étaient vivants à la sortie de réanimation après une durée moyenne de séjour de 3,2 ± 2 jours. Les 2 décès étaient attribuables à une hémorragie intracrânienne secondaire au SHV (n = 1) et à un choc septique (n = 1). A 3 mois, la survie était de 63,6 % (n = 14).

Discussion : Cette étude confirme la présentation clinique polymorphe, dominée par la triade troubles neurologiques, sensoriels et manifestations hémorragiques mais aussi une fréquence élevée des signes

respiratoires. L'efficacité des échanges plasmatiques est soulignée, une séance permettant en moyenne la diminution de la protidémie de 28 % avec une disparition rapide des symptômes après 1 à 2 séances.

Conclusion : Le SHV est une urgence rare mais que le réanimateur doit connaître. Sa présentation clinique est trompeuse. Les patients sont rapidement améliorés par les échanges plasmatiques.

FC088

Pronostic des patients adultes allogreffés de cellules souches hématopoïétiques admis en réanimation

J. Merine¹, P. Perez¹, C. Thivilier¹, A. Kimmoun¹, N. Ducrocq¹,
A. Gerard¹, P. Feugier², B. Levy¹

¹Service de réanimation médicale, CHU de Nancy,

hôpital Brabois-Adultes, Vandœuvre-lès-Nancy, France

²Département d'hématologie, CHU de Nancy, hôpital Brabois,
Vandœuvre-lès-Nancy, France

Introduction : Le pronostic des allogreffés de cellules souches hématopoïétiques admis en réanimation reste sombre malgré les progrès thérapeutiques. Ainsi, une question se pose : faut-il admettre ces patients en réanimation ? Nous avons effectué un bilan d'activité de la réanimation des allogreffés dans notre centre et étudié leur survie.

Patients et méthodes : Étude rétrospective, monocentrique, des allogreffés adultes de cellules souches hématopoïétiques admis en réanimation médicale entre janvier 2006 et octobre 2012. Comparaison à une précédente cohorte d'allogreffés admis en réanimation sur le même site de 1994 à 2006. Analyse réalisée grâce au logiciel graphpad prism version 5,0. Risque α de première espèce fixé à 5 %.

Résultats : 46 patients ont été inclus. Les principaux motifs d'admission étaient l'insuffisance respiratoire aiguë et le choc septique. 43 % des patients ont été ventilés mécaniquement, 48 % ont reçu des catécholamines et 33 % une épuration extra rénale. La survie était de 67 % en réanimation, 39 % à l'hôpital, 22 % à 6 mois et 15 % à 1 an. Seuls la présence d'une infection fongique documentée et un delta SOFA J0-J3 ≥ 3 points ressortaient comme étant significatifs sur la survie. La survie à court terme était meilleure par rapport à la période 1994-2006, mais les survies à long terme étaient comparables.

Conclusion : La survie des allogreffés admis en réanimation est meilleure à court terme, mais reste très pauvre au long cours. La précocité de la prise en charge en réanimation ainsi que la recherche thérapeutique sur la réaction du greffon contre l'hôte semblent être les deux éléments majeurs d'amélioration du pronostic.

Bibliographie

1. Depuydt P, Kerre T, Noens L, et al (2011) Outcome in critically ill patients with allogeneic BM or peripheral haematopoietic SCT: a single-centre experience. Bone Marrow Transplant 46:1186-91

2. Pène F, Aubron C, Azoulay E, et al (2006) Outcome of critically ill allogeneic hematopoietic stem-cell transplantation recipients: a reappraisal of indications for organ failure supports. *J Am Soc Clin Oncol* 24:643-9

FC089

Pronostic et survie à long terme des patients allogreffés de cellules souches hématopoïétiques (CSH)

admis en réanimation : rôle de l'immunosuppression

L. Platon¹, L. Amigues¹, P. Ceballos², B. Noémie¹, V. Gilles³, S. Machado¹, L. Landreau¹, C. Agostini⁴, N. Fegueur², O. Jonquet⁵, K. Klouche¹

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

²Service d'hématologie, CHU Saint-Éloi, Montpellier, France

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

⁴Département de statistiques, CHU Lapeyronie, Montpellier, France

⁵Service de réanimation médicale, CHU Arnaud-de-Villeneuve, Montpellier, France

Introduction : Au cours de la dernière décennie, la prise en charge en réanimation des hémopathies malignes s'est considérablement améliorée contribuant au meilleur pronostic observé par les études les plus récentes. Les patients allogreffés de CSH ont aussi probablement bénéficié de ces progrès sachant que des données spécifiques à cette population sont peu nombreuses. Le but de cette étude, monocentrique, rétrospective sur une durée de 5 ans (à partir de Janvier 2007), incluant les allogreffés de CSH admis en réanimation, était d'en réactualiser les données épidémiologiques et pronostiques.

Patients et méthodes : Les données relatives à l'hémopathie initiale et à la greffe de CSH, clinico-biologiques à l'admission et au cours du séjour en réanimation ont été colligées. La mortalité a été déterminée en réanimation, en intra-hospitalier et à un an. Les patients survivants et décédés en réanimation ont été comparés pour identifier des facteurs prédictifs de mortalité.

Résultats : L'incidence des complications nécessitant un transfert en réanimation était de 21,7 %. Population : 73 patients, 51 ± 13 ans, sex ratio : 3H/F, greffon phéno- ou géno-identique : 56 (76,7 %), cordons : 17 (23,3 %), IGS II : 48, SOFA : 9, ventilation mécanique (VM) : 43 (58,9 %), amines : 39 (53,4 %), épuration extrarénale (EER) : 31 (42,4 %).

32 patients étaient décédés en réanimation (43,8 %), 46 avant leur sortie de l'hôpital (63,0 %) et 61 (83,6 %) à un an. En analyse univariée, les facteurs prédictifs de mortalité étaient : 1) à l'admission en réanimation : un score SOFA, une bilirubinémie et un lactate sanguin élevés, une réactivation virale ; 2) au cours du séjour en réanimation : l'existence d'une GvH évolutive, l'apparition d'une défaillance hépatique et/ou neurologique, la nécessité d'une VM, d'une EER et d'amines pressives, la mise en place secondaire (au-delà des 48 premières heures) d'amines pressives et/ou de VM. En analyse multivariée, l'existence d'une défaillance respiratoire et/ou hépatique, d'une GvH évolutive et d'une réactivation antivirale était seule prédictive de la mortalité.

Conclusion : L'incidence des complications sévères nécessitant une admission en réanimation est élevée (plus de 20 %) entraînant une mortalité importante, avoisinant 50 %, comparable cependant aux données récentes de la littérature. Cette étude confirme la valeur pronostique négative des atteintes respiratoire et hépatique mais elle démontre aussi celle de l'existence d'une immunosuppression profonde dont témoignent une GvH évolutive et/ou une réactivation virale.

FC090

La traçabilité écrite de l'engagement thérapeutique chez les patients d'oncohématologie est-elle suffisante pour guider leur prise en charge en urgence ?

L. Chalumeau-Lemoine, C. Guillotin, A.T. Kpodji, F. Lion, A. Marty, A. Stoclin, F. Blot

Service de réanimation médico-chirurgicale, institut Gustave-Roussy, Villejuif, France

Introduction : Les patients d'oncohématologie sont particulièrement exposés aux situations critiques relevant de la réanimation. Or, chez ces patients, la décision relative à l'intensité des soins doit être prise collectivement (réanimateurs + oncologues/hématologues) et anticipée en amont. Le but de ce travail a été d'analyser les informations disponibles dans le dossier (notamment en termes de traçabilité écrite de l'engagement thérapeutique), en situation d'urgence, qui pouvaient aider le réanimateur dans sa décision d'admission et d'intensité de soins.

Patients et méthodes : Étude observationnelle, monocentrique [Institut Gustave Roussy, centre de lutte contre le cancer (CLCC)] et prospective sur 3 mois (décembre 2012 à février 2013). Tous les avis pris auprès du réanimateur étaient renseignés sur une fiche standardisée. Le médecin recevant l'appel y notait tous les éléments dont il disposait pour guider sa prise en charge en urgence (type d'avis : *urgence vitale extrême, demande d'admission, avis médical, notification d'un patient à risque*/données épidémiologiques/type et stade du cancer/désignation de la personne de confiance/engagement thérapeutique et décision finale notamment en termes d'admission et de limitation de soins).

Résultats : En 3 mois, sur les 314 avis recensés, 159 (correspondant à 139 patients) étaient de type *urgence vitale extrême* ou *demande d'admission*. Dans 120 cas (75 %) l'appelant (principalement des internes) ignorait si le patient devait être considéré comme « à réanimer » ou pas. De façon globale, la traçabilité dans le dossier médical d'oncologie sur la conduite à tenir en situation critique concernait seulement 49 dossiers (31 %). Le niveau d'engagement thérapeutique préconisé, et ainsi tracé par l'équipe d'oncologie, était alors en accord avec l'avis initial du réanimateur dans la majorité des cas (46 avis, 94 %). De façon notable, la personne de confiance était désignée dans 29 % des dossiers. Une décision de non admission a été prise au terme de l'évaluation du réanimateur dans 70 cas (44 %), principalement du fait d'un pronostic oncologique trop grave (35, 50 %). Parmi ces avis, les dossiers suffisamment renseignés étaient minoritaires (11 dossiers sur 35). Par ailleurs, pour 19 % des avis, un oncologue a dû être appelé pour clarifier la situation oncologique (informations écrites insuffisantes pour guider le réanimateur) et permettre un minimum de collégialité, mais dans la majorité de cas, le réanimateur a dû (ou pu) prendre seul la décision d'admission ou de non-admission. Le taux d'admission n'était pas plus important selon qu'il existait ou non une traçabilité de l'engagement thérapeutique dans le dossier dans la population globale [28 (57 %) versus 61 (55 %) respectivement, $p = 0,84$] mais également chez les patients considérés initialement « palliatifs » par le réanimateur (56 avis) (18 % versus 28 % respectivement, $p = 0,51$).

Conclusion : La traçabilité écrite de l'engagement thérapeutique en situation critique est insuffisante dans notre CLCC (< 1/3 des cas). Lorsqu'elle existe, elle n'influence pas la décision du réanimateur en termes d'admission/non admission car elle concerne des situations oncologiques souvent évidentes (voire caricaturales). Or, cette traçabilité constitue une aide majeure dans la prise de décision chez des patients dont la situation oncologique est non univoque (situations beaucoup plus fréquentes). Cette traçabilité ne doit pas être binaire (« réanimer/ne pas réanimer ») mais faire apparaître toutes les nuances que les soins de réanimation recouvrent. Le département de médecine, source de nombreux appels auprès de la réanimation dans notre

établissement, a en ce sens mis en place, depuis la fin de l'étude, une fiche d'aide à la décision en situation critique, dont l'impact est actuellement en cours d'évaluation.

FC091

La vie après la réanimation : à propos de 1 053 patients d'oncologie. Étude rétrospective franco-brésilienne pour le groupe de recherche en réanimation respiratoire en oncohématologie

M. Soares¹, V. Lemiale², D. Mokart³, M. Boubaya⁴, F. Bruneel⁵, F. Gonzalez⁶, D. Benoît⁷, M. Darmon⁸, A. Demoule⁹, A. Kouatchet¹⁰, F. Pene¹¹, A. Rabbat¹², Y. Cohen⁶, E. Azoulay (2, F. Vincent⁶

¹Réanimation, D'Or Institute For Research And Education, Rio de Janeiro, Brésil

²Service de réanimation médicale, CHU Saint-Louis, Paris, France

³Anesthésie-réanimation, institut Paoli-Calmettes, Marseille, France

⁴URC Paris-Nord, CHU Avicenne, Bobigny, France

⁵Service de réanimation médico-chirurgicale, CH de Versailles, site André-Mignot, Le Chesnay, France

⁶Service de réanimation médico-chirurgicale, CHU Avicenne, Bobigny, France

⁷Réanimation médico-chirurgicale, CHU de Gand, Gand, Belgique

⁸Réanimation médicale, CHU de Saint-Étienne, Saint-Priest-en-Jarez, France

⁹Service de pneumologie et réanimation médicale, CHU La Pitié-Salpêtrière, Paris, France

¹⁰Service de réanimation médicale et de médecine Hyperbare, CHU d'Angers, Angers, France

¹¹Service de réanimation médicale,

CHU Cochin-Saint-Vincent-de-Paul, site Cochin, Paris, France

¹²Réanimation respiratoire, CHU Cochin-Saint-Vincent-de-Paul, site Cochin, Paris, France

Introduction : Peu d'études ont évalué le pronostic des patients souffrant de tumeurs solides (PO) en réanimation [1]. La plupart concernent ceux porteurs de cancers broncho-pulmonaires (CBP). Le devenir à moyen terme de ces patients sortis vivants de réanimation reste mal connu [2].

Patients et méthodes : étude de cohorte rétrospective multicentrique. Les PO consécutivement admis dans 4 réanimations, appartenant à 2 centres de lutte contre le cancer (un en France et un au Brésil) et 2 hôpitaux universitaires français, entre le 01/01/2006 et le 31/12/2011 ont été inclus. Les PO admis après chirurgie programmée étaient exclus de cette étude. La variable d'intérêt était la survie à 4 mois. Les données sont rapportées en nombre (%) ou médiane [IQR25-75 %].

Résultats : Mille cinquante-trois patients (sexe masculin : 66,9 %) ont été inclus. L'âge était de 62 ans [53-71], et le score de Knaus était de C ou D chez 386 patients (36,7 %). Le cancer était broncho-pulmonaire chez 202 patients (19,2 %), colorectal chez 162 (15,4 %), mammaire chez 139 (13,2 %), ORL chez 123 (11,7 %), et concernait d'autres sites chez 427 patients (40,5 %). L'existence de métastases était notée chez 567 patients (54,5 %). Le délai entre le diagnostic de la maladie et l'admission en réanimation était de 4 mois [1-23]. Seuls 43 cancers (4,1 %) étaient diagnostiqués en réanimation. La majorité des patients (90,6 %) étaient admis pour raison médicale. Les motifs d'admission les plus fréquents étaient un sepsis sévère ou choc septique chez 389 patients (36,9 %) et une insuffisance respiratoire aiguë chez 281 (26,69 %). Deux cent soixante-seize patients (26,2 %) étaient admis en raison d'une complication directe de la maladie tumorale. Le score SOFA à l'admission était de 6 [3-10]. Pendant le séjour en réanimation, 679 patients (64,5 %) ont nécessité une ventilation mécanique invasive,

493 (46,8 %) des vasopresseurs et 162 (15,4 %) une épuration extra-rénale. Seuls 41 patients (3,9 %) recevaient une chimiothérapie en réanimation et 69 (6,5 %) ont présenté une neutropénie. Une décision de limitation des thérapeutiques était prise, en réanimation, chez un tiers des patients (32,1 %). Les mortalités en réanimation, à l'hôpital et à 4 mois étaient respectivement de 37,3 %, 56,3 % et 68,3 %. La survie la plus mauvaise était observée chez les patients souffrant de CBP. En analyse multivariée seuls le type de cancer et l'état fonctionnel évalué par le score de Knaus étaient associés à la survie à quatre mois :

Variable	HR	IC 95 %	P
Type de cancer			
Broncho-pulmonaire	1		
ORL	0,86	[0,53-1,40]	0,53
Colo-rectal	0,58	[0,37-0,92]	0,02
Mammaire	0,42	[0,26-0,76]	0,001
Autres	0,79	[0,57-1,16]	0,19
État fonctionnel (Knaus)			
A	1		
B	1,34	[0,9-1,98]	0,15
C	1,63	[1,15-3,29]	0,07
D	2,48	[1,63-3,77]	< 0,0001

Discussion : Cette étude est, à ce jour, la plus large à décrire les PO admis en réanimation. Elle confirme la mortalité élevée à moyen terme de patients pourtant probablement sélectionnés par les oncologues et les réanimateurs. Le mauvais état général ainsi que le CBP étaient significativement associés à un pronostic défavorable à 4 mois.

Conclusion : Nous poursuivons de façon prospective notre analyse afin de préciser les sous-groupes à très fort taux de mortalité devant faire discuter de la pertinence d'une admission en réanimation. L'une des variables d'intérêt est la proportion de PO pouvant bénéficier d'un traitement anti tumoral optimal après un séjour en réanimation.

Références

1. Azoulay E, Moreau D, Alberti C, et al (2000) Predictors of short-term mortality in critically ill patients with solid malignancies. *Intensive Care Med* 26:1817-23
2. Caruso P, Ferreira AC, Laurienzo CE, et al (2010) Short- and long-term survival of patients with metastatic solid cancer admitted to the intensive care unit: prognostic factors. *Eur J Cancer Care* 19:260-6

FC092

Manifestations cardiaques du purpura thrombotique thrombocytopénique (PTT) : épidémiologie et facteurs pronostiques

S. Merceron¹, E. Mariotte², S. Legriél³, L. Zafrani¹, L. Galicier⁴, E. Canet¹, A. Veyradier⁵, V. Lemiale¹, E. Azoulay¹

¹Service de réanimation médicale, CHU Saint-Louis, Paris, France

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

³Service de réanimation médico-chirurgicale, CH de Versailles, site André-Mignot, Le Chesnay, France

⁴Service d'immunopathologie clinique, CHU Saint-Louis, Paris, France

⁵Service d'hématologie biologique, hôpital Antoine-Béclère, Clamart, France

Objectif : Au cours du PTT, la prise en charge en réanimation est recommandée du fait de l'ischémie viscérale microvasculaire (système

nerveux central, rein, cœur). Un des risques majeurs de la phase toute précoce est l'arrêt cardiaque par ischémie myocardique. Cette atteinte cardiaque initiale est peu décrite chez les malades admis en réanimation pour PTT.

Patients et méthodes : Étude observationnelle monocentrique rétrospective. Les patients présentant un syndrome de MAT avec activité ADAMTS13 < 5 % sur la période 2007 à 2013 ont été inclus. L'atteinte cardiaque était définie par la survenue d'une douleur thoracique et/ou de modifications ECG et/ou d'une augmentation de la troponine. Les données sont présentées en médiane [25^e-75^e percentile] ou en moyenne ± DS.

Résultats : 61 patients (65 % de femmes), âgés de 43 ans [27-53] ont été inclus. Le PTT était idiopathique dans 44 % des cas et lié à une maladie auto-immune dans 31 % des cas. Le délai entre l'hospitalisation et l'admission en réanimation était de 0 jours [0-1]. La durée de séjour en réanimation était de 8 jours [5-13] et à l'hôpital de 16 jours [12-25]. Au moins un facteur de risque cardiovasculaire était présent chez 60 % des patients. 57 % des patients présentaient une hypertension artérielle au diagnostic. Les patients ont requis une ventilation mécanique (43 %), une épuration extra rénale (15 %), ou l'administration de catécholamines (15 %). Le SOFA à J1 était à 6 [5-8]. Les manifestations cliniques étaient neurologiques (69 %), rénales (55 %), et digestives (43 %). Parmi les manifestations cardiaques, on retrouvait une troponine augmentée chez 100 % des patients, une douleur thoracique (22 %) et des anomalies ECG (68 %), dont 92 % de syndromes coronariens aigus. Tous les patients avec précordialgie avaient une anomalie ECG. Une échographie cardiaque était pratiquée chez 58 % des patients, 10 % avaient des troubles de la cinétique segmentaire. Tous les patients ont bénéficié d'échanges plasmatiques et d'une corticothérapie. Respectivement 90 % et 77 % ont reçu un traitement par antiagrégant plaquettaire et anticoagulation préventive dès que le taux de plaquettes le permettait. 45 % des patients ont présenté un PTT réfractaire en réanimation, 86 % de ces patients avaient des anomalies ECG. Deux patients sont décédés. L'ECG ne se normalisait que dans un cas sur deux avant la sortie de réanimation. Si l'atteinte cardiaque était définie par les anomalies ECG, elle était retrouvée de façon plus fréquente en cas d'anomalies digestives (OR : 12 (2,7-54) et moins fréquente en cas de signes neurologiques (OR : 0,16 (0,03-0,78)).

Conclusion : Dans cette population de PTT de réanimation, les manifestations cardiaques sont fréquentes et sévères. L'anamnèse et l'ECG quotidiens sont des éléments clés du diagnostic. Le bénéfice des traitements anticoagulants et antithrombotiques associés au traitement du PTT doivent être évalués sur le long terme.

FC093

Prévalence des thromboses veineuses au cours du purpura thrombotique idiopathique.

Expérience du centre national de référence

G. Sauvêtre¹, D. Carpentier², S. Grangé², C. Girault², F. Tamion², G. Bonmarchand², H. Levesque¹, P. Coppo³, Y. Benhamou¹

¹Médecine interne, CHU de Rouen, Rouen, France

²Service de réanimation médicale, CHU de Rouen, Rouen, France

³Centre de référence MAT de l'adulte, hôpital Saint-Antoine, Paris, France

Introduction : Le purpura thrombotique thrombocytopenique (PTT) est une microangiopathie thrombotique (MAT) survenant au décours d'un déficit sévère acquis en ADAMTS 13 souvent lié à la présence

d'anticorps spécifique. Les phénomènes thrombotiques microcirculatoires sont responsables des défaillances d'organes. Néanmoins, l'activation endothéliale, le recours à des cathéters veineux centraux et à certaines thérapeutiques (corticoïdes) sont autant d'éléments favorisant la survenue de thromboses macrovasculaires. Quelques études ont montré une prévalence importante des thromboses macrovasculaires artérielles et veineuses au cours des MAT en général. L'objectif principal de cette étude est de rapporter la prévalence des complications thrombotiques veineuses uniquement au cours des épisodes de PTT. L'objectif secondaire est de définir les facteurs prédisposant à la survenue de thromboses.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude de cohorte rétrospective multicentrique réalisée à partir de données du registre national des MAT recueillies entre octobre 2000 et Novembre 2012. Les critères diagnostics de PTT incluaient : une anémie hémolytique, une thrombopénie, une dysfonction d'organe associée à une activité effondrée d'ADAMTS13 (< 20 %) sans cause confondantes ou associées (néoplasie, greffe, connectivité...). Outre les données démographiques usuelles, les caractéristiques cliniques, biologiques et traitements de l'épisode de PTT étaient colligées. La rémission est définie par un taux de plaquette supérieur à 150 G/L, 48 h d'affilée, sans rechute dans les 30 jours. La thrombose veineuse était définie par la positivité d'un examen radiologique (échographie-doppler ou angioscanner).

Résultats : Un total de 378 épisodes de PTT concernant 318 patients d'âge médian 39,4 ans [9-93], majoritairement de sexe féminin (67 %) et d'origine caucasienne (71 %) ont été inclus. Les atteintes cérébrales (61 %) et rénales (27 %) étaient les plus fréquentes. Des échanges plasmatiques ont été réalisés chez 91 % des patients. Les autres traitements adjuvants comportent majoritairement des corticoïdes (81 %), du Rituximab (34 %), du cyclophosphamide (5,5 %) et de la vincristine (11,3 %). L'évolution est marquée par un délai moyen de rémission de 18,6 ± 17,5 jours et par l'utilisation d'un volume/poids échangé moyen jusqu'à rémission de 870 ± 3 431 ml/kg. Un décès est survenu chez 36 patients (9,5 %). Quarante-huit (12,6 %) épisodes thrombotiques prouvés dont 33 sur cathéter central sont survenus. La thrombose veineuse macrovasculaire était associée de manière significative à un âge plus avancé (42,8 ± 14,4 vs 38,9 ± 15,6 ans), à un nombre de cathéter posé plus élevé (1,7 ± 0,7 vs 1,4 ± 0,6), à une augmentation du volume de plasma/poids moyen (2 584 ± 9 176 vs 604 ± 597 ml/kg) et du nombre de jours d'échanges plasmatiques (15,1 ± 11,3 vs 10,7 ± 9,5 jours). Un traitement par Rituximab (46 % vs 33 %) et une splénectomie (9,3 % vs 1,8 %) était plus fréquent en présence d'une thrombose. Par contre le délai de rémission n'est pas augmenté dans le groupe thrombose (18,9 ± 18,4 vs 18,2 ± 12,1 j ; p = 0,306), ni même le taux de décès (4 % vs 10,3 % ; p = 0,303).

Discussion : Bien que limitée par son caractère rétrospectif, cette étude est la plus grande réalisée à ce jour sur une population de PTT. La présence d'une thrombose macrovasculaire semble avoir un impact sur le nombre de jours d'échange plasmatique à réaliser ainsi que sur la nécessité de recourir à des traitements complémentaires pour atteindre la rémission. Bien que cela ne se traduise pas sur le taux de mortalité ni sur le délai de rémission, le coût économique de la majoration des traitements secondaires doit nous faire réfléchir à dépister de manière plus systématique cette complication.

Conclusion : Les thromboses macrovasculaires veineuses, en particulier sur cathéter, sont fréquentes au cours du traitement du PTT puisque retrouvées dans 13 % des cas. Elles sont associées à une prescription augmentée de traitements complémentaires et à une durée des échanges plasmatiques plus élevée.

FC094**Faut-il transfuser en plaquettes les SHU/PTT graves ?**

F. Chevalier¹, P.-Y. Egretreau², B. François³, P. Asfar⁴, R. Robert⁵, A. Veinstein⁵

¹Département d'anesthésie et réanimation, CHU de Poitiers, Poitiers, France

²Service de réanimation médicale, CHU de la Cavale-Blanche, Brest, France

³Réanimation polyvalente, CHU de Limoges, Limoges, France

⁴Service de réanimation médicale et de médecine hyperbare, CHU d'Angers, Angers, France

⁵Service de réanimation médicale, CHU de Poitiers, Poitiers, France

Introduction : Les patients atteints de SHU/PTT peuvent présenter des thrombopénies majeures nécessitant des transfusions plaquettaires. Les référentiels actuels recommandent de ne pas transfuser ces patients en plaquettes compte tenu du risque d'aggravation des phénomènes thrombotiques du SHU/PTT. Nous avons étudié une population de patients atteints d'un SHU/PTT nécessitant une prise en charge en réanimation et évalué la morbimortalité induite par les transfusions plaquettaires.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, multicentrique réalisée entre le 1^{er} janvier 2000 et le 31 décembre 2010 dans 4 réanimations médicales. Les données démographiques de la population générale ont été relevées. Les dosages de la protéase ADAMST 13 ont été relevés et les patients dont l'activité était inférieure à 5 % (groupe PTT) ont été comparés à ceux dont l'activité était normale ou non dosée (groupe SHU/PTT). Enfin, le groupe des patients transfusés en plaquettes a été comparé à celui des patients non transfusés en termes d'incidents neurologiques et de mortalité.

Résultats : L'étude a porté sur l'analyse de 50 cas de patients atteints de SHU/PTT. La population globale présente un âge médian de 53 ans

(36-64), et les scores de gravité IGS II et SOFA sont respectivement de 39 (22-51) et 7 (6-11). Vingt deux (44 %) patients ont nécessité une hémodialyse (HDI), 24 (48 %) ont nécessité une ventilation mécanique. La durée d'hospitalisation médiane a été de 11 jours (4-21) et 12 patients (24 %) sont décédés. Le dosage de la protéase ADAMST 13 a été réalisé chez 26 patients, dont 16 (32 %) ont révélé une activité inférieure à 5 %. Les deux groupes PTT et SHU/PTT sont comparables pour la gravité, les taux d'hémoglobine, de LDH et de plaquettes mais la créatininémie et le recours à l'HDI sont significativement plus élevés dans le groupe SHU/PTT : 121 vs 335 μ Mol, $p = 0,02$ et 2 (12 %) vs 20 (58 %), $p = 0,04$; respectivement. Parmi la population globale, 22 patients ont été transfusés en plaquettes. Le taux d'incidents neurologiques en cours d'hospitalisation et la mortalité ne sont pas significativement plus élevés que dans le groupe des patients non transfusés en plaquettes.

Discussion : La thrombopénie sévère est un dilemme thérapeutique compte tenu du risque hémorragique majeur spontané ou à la faveur d'un acte invasif. Cette étude ne met pas en évidence d'augmentation de la morbimortalité des patients transfusés en plaquettes, résultat déjà rapporté dans la littérature [1].

Conclusion : Le SHU/PTT est une pathologie grave avec un taux de mortalité encore élevé en réanimation (24 %). Etant donné l'absence de signe clinique spécifique au SHU ou PTT, seul le dosage de la protéase ADAMST 13 permet de faire la distinction entre le SHU et le PTT. Les résultats de cette étude suggèrent que la transfusion plaquettaire n'augmente pas la morbimortalité de ces patients et le risque hémorragique, majeur, doit être considéré.

Référence

1. Swisher KK, Terrel DR, Vesely SK, et al (2009) Clinical outcomes after platelet transfusions in patients with thrombotic thrombocytopenic purpura. *Transfusion* 49:873-87