

## Session orale pédiatrique (2)

### Paediatric oral session (2)

© SRLF et Springer-Verlag France 2013

#### SO079

##### Paludisme d'importation pédiatrique en France : pertinence des critères de gravité OMS

J. Lanneaux<sup>1</sup>, N. Jerome<sup>1</sup>, L.-L. Pham<sup>2</sup>, Y. Gillet<sup>3</sup>, E. Bosdure<sup>4</sup>, G. Cheron<sup>5</sup>, R. Carbajal<sup>6</sup>, F. Dubos<sup>7</sup>, R. Viallet<sup>8</sup>, S. Dauger<sup>1</sup>, F. Angoulvant<sup>9</sup>

<sup>1</sup>Service de réanimation pédiatrique, CHU Robert-Debré, Paris, France

<sup>2</sup>Urgences pédiatriques médico-chirurgicales, CHU Bicêtre, Kremlin-Bicêtre, France

<sup>3</sup>Urgences pédiatriques médico-chirurgicales, hôpital Femme-Mère-Enfant, hospices civils de Lyon, Lyon, France

<sup>4</sup>Urgences pédiatriques médico-chirurgicales, CHU Timone-Enfants, Marseille, France

<sup>5</sup>Urgences pédiatriques médico-chirurgicales, CHU Necker-Enfants-Malades, Paris, France

<sup>6</sup>Urgences pédiatriques médico-chirurgicales, CHU Trousseau, Paris, France

<sup>7</sup>Urgences pédiatriques médico-chirurgicales, CHRU de Lille, Lille France

<sup>8</sup>Réanimation pédiatrique, CHU de Marseille Nord, Marseille, France

<sup>9</sup>Urgences pédiatriques médico-chirurgicales, CHU Robert-Debré, Paris, France

**Introduction :** Le paludisme d'importation est responsable de 50 infections pédiatriques sévères par an en France. Sa sévérité est appréciée par les critères de gravité de l'OMS définis en 2000 à partir d'études réalisées en zones d'endémies. Notre objectif principal était d'évaluer la pertinence de ces critères de gravité OMS chez l'enfant dans un pays industrialisé sans endémie palustre.

**Patients et méthodes :** Étude rétrospective multicentrique cas témoin réalisée en France métropolitaine sur la période 2006 à 2012 dans 8 centres pédiatriques comportant un service de réanimation pédiatrique. Les critères d'inclusion des cas (REA) étaient : (i) hospitalisation en réanimation pédiatrique, (ii) accès palustre confirmé biologiquement, (iii) âge < 18 ans. Pour chaque cas, nous avons inclus comme témoins (TEM) les 2 cas précédents de paludisme pris en charge aux urgences pédiatriques du même centre. La gravité des patients était estimée par la nécessité d'une prise en charge en réanimation définis par l'existence d'une défaillance d'organes et/ou la réalisation d'un Acte Thérapeutique Majeur (ATM) (remplissage vasculaire, transfusion, amines vasopressives, ventilation mécanique, hémodialyse).

**Résultats :** Au total, 165 cas d'accès palustre ont été inclus dont 55 pris en charge en réanimation pédiatrique et 110 témoins. A l'admission la proportion de nourrisson était supérieure dans le groupe REA (20 % vs 7,3 % ;  $p < 0,02$ ). La majorité des patients dans les 2 groupes sont nés en France (85,5 % REA vs 88,2 % TEM). Un trouble neurologique était fréquent dans le groupe REA [39 (71 %) vs 5 (4,5 %) ;  $p < 0,001$ ], de même pour les troubles hémodynamiques [13 (23 %) vs 1 (1 %) ;  $p < 0,001$ ]. Seuls 3 (6 %) patients du groupe REA ont eu une détresse

respiratoire. La présence d'un ictère était retrouvée indifféremment dans les 2 groupes [8 (14,5 %) REA vs 14 (12,7 %)]. En revanche une bilirubinémie > 50 μmol/L était retrouvée plus fréquemment dans le groupe REA [11 (20 %) vs 5 (4,5 %) ;  $p < 0,001$ ]. Une anémie < 5 g/dL était peu retrouvée [5 (9 %) REA vs 1 (1 %) TEM] ; en revanche au seuil de 7 g/dL on retrouve [22 (40 %) REA vs 11 (10 %) TEM ;  $p < 0,001$ ]. Une parasitémie > 4 % était retrouvée chez 58 % des patients du groupe REA versus 22 % dans le groupe TEM. Les patients REA ont été traités en IV par : quinine 50 (91 %) ou artesunate 5 (9 %). Dans le groupe REA, 34 (63 %) des patients ont fait l'objet d'au moins 1 ATM : intubation 10 dont 7 pour un motif neurologique, remplissage vasculaire 18, transfusion 23. Dans le groupe TEM 8 patients ont été transfusés et 1 patient a fait l'objet d'un remplissage vasculaire. Au final, 7 (13 %) patients du groupe REA n'avaient pas de défaillance d'organes et n'ont pas eu besoin d'ATM vs 92 (83,6 %) patients du groupe TEM. Aucun décès n'a été déploré et 4 patients du groupe REA ont eu des séquelles.

**Discussion :** Les critères de gravité définis par l'OMS, notamment l'atteinte neurologique, sont utiles pour apprécier la gravité du paludisme d'importation pédiatrique et trier les patients nécessitant une prise en charge en réanimation pédiatrique. En revanche certains critères décrits comme fréquents en zone d'endémie semblent rarement présents chez nos patients : détresse respiratoire, œdème pulmonaire. Le seuil de 5 g/dL pour définir l'anémie sévère semble peu pertinent, les transfusions, fréquentes, semblant intervenir avant qu'il ne soit atteint. La parasitémie semble plus fréquemment élevée en cas d'accès palustre grave, en revanche le seuil de 4 % semble peu sensible (53 %) pour identifier les formes graves. Enfin, une définition biologique de l'hyperbilirubinémie semblerait plus utile que le critère clinique de l'ictère.

**Conclusion :** Les formes sévères de paludisme d'importation pédiatrique en France sont rares et grevées d'une faible mortalité. Les critères de gravité bien que proches de ceux de l'adulte pourraient être affinés.

#### SO080

##### Évaluation du risque infectieux lié aux transfusions de plasma frais congelé en post-opératoire de chirurgie cardiaque pédiatrique chez les enfants de moins d'un an

A. Chenouard<sup>1</sup>, J.-C. Roze<sup>2</sup>, J.-M. Liet<sup>2</sup>, V. Gournay<sup>3</sup>, C. Gras-Leguen<sup>4</sup>, O. Baron<sup>5</sup>, N. Joram<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Réanimation pédiatrique, CHU de Nantes, hôpital Mère-Enfant, Nantes, France

<sup>2</sup>Service de réanimation pédiatrique, CHU de Nantes, hôpital Mère-Enfant, Nantes, France

<sup>3</sup>Service de cardiologie pédiatrique et congénitale, CHU de Nantes-Hôpital Mère-Enfant, Nantes, France

<sup>4</sup>Urgences pédiatriques, CHU de Nantes-Hôpital Mère-Enfant, Nantes, France

<sup>5</sup>Chirurgie cardiaque pédiatrique, CHU de Nantes-hôpital Mère-Enfant, Nantes, France

**Introduction :** Les infections nosocomiales (IN) sont une complication fréquente en post-opératoire de chirurgie cardiaque et les transfusions de plasma frais congelé (PFC) sont régulières dans cette population spécifique en réanimation. Des données récentes ont mis en évidence une association entre les transfusions de PFC et les IN chez des enfants hospitalisés en réanimation pédiatrique. Aucune étude ne s'est intéressée spécifiquement à cette association chez des enfants en post-opératoire de chirurgie cardiaque. Ainsi, nos objectifs étaient d'analyser la relation entre les transfusions post-opératoires de PFC et la survenue d'IN, et de décrire les autres facteurs de risque associés aux IN.

**Patients et méthodes :** Une étude observationnelle prospective avec analyse rétrospective des données a été réalisée dans un service de réanimation pédiatrique en France. Tous les enfants de moins de 1 an et hospitalisés en post-opératoire de chirurgie cardiaque sous circulation extracorporelle au CHU de Nantes entre novembre 2007 et décembre 2012 ont été inclus. Le critère de jugement principal était l'apparition d'une IN durant le séjour en réanimation, incluant les bactériémies, les pneumopathies acquises sous ventilation mécanique et les médiastinites. Les Odds ratios (OR) ont été ajustés sur la présence d'une assistance circulatoire extracorporelle en post-opératoire (ECMO) et sur le propensity score.

**Résultats :** Sur les 233 patients étudiés, 94 (40 %) ont reçu du PFC en réanimation. 56 épisodes d'IN ont été rapportés (51 patients), représentant un taux d'IN de 24 %. L'OR non ajusté concernant le risque d'IN avec les transfusions de PFC était de 4,1 (IC 95 % : 2,1-7,9 ;  $p = 0,001$ ). Après ajustement sur l'ECMO post-opératoire et le propensity score, il n'y avait plus d'association significative (aOR : 1,0 ; IC 95 % : 0,3-2,9 ;  $p = 0,9$ ). Les facteurs de risque d'IN retrouvés dans notre étude étaient la fermeture sternale retardée (aOR : 4,8 ; IC 95 % : 1,6-14,4 ;  $p = 0,005$ ) et les transfusions post-opératoires de culots globulaires (CG) (aOR : 2,8 ; IC 95 % : 1,1-7,3 ;  $p = 0,038$ ).

**Conclusion :** Dans cette étude, les transfusions de PFC en post-opératoire de chirurgie cardiaque sous CEC ne sont pas associées à la survenue d'IN en réanimation pédiatrique chez des enfants de moins de 1 an après un ajustement sur l'ECMO post-opératoire et le propensity score. Cependant, la fermeture sternale retardée et les transfusions de CG ont été identifiées comme facteur de risque d'IN.

## SO081

### Continuer, limiter ou arrêter ?

#### Évolution des modalités de décès sur une période de six ans en réanimation pédiatrique

S. Vernaz<sup>1</sup>, L. Casanova<sup>2</sup>, F. Blanc<sup>1</sup>, F. Ughetto<sup>1</sup>, O. Paut<sup>1</sup>

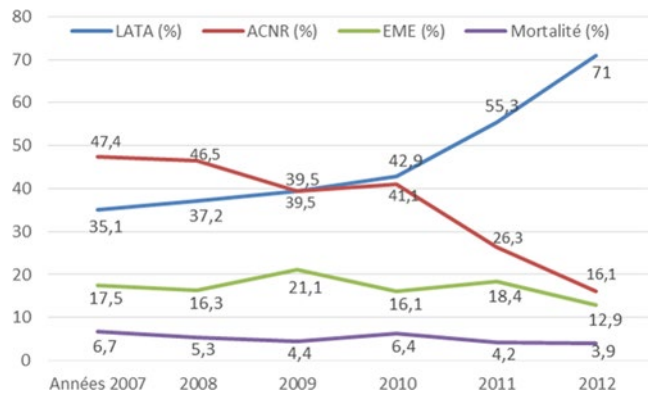
<sup>1</sup>Département d'anesthésie et réanimation pédiatrique, CHU de Marseille-hôpital de la Timone, Marseille, France

<sup>2</sup>Département de médecine générale, faculté de médecine, université Aix-Marseille, Inserm, Umr912 « Science Économique et Sociale de la Santé et Traitement de L'Information Médicale », Marseille

**Introduction :** Tout en condamnant l'obstination déraisonnable, la loi Léonetti du 22 avril 2005 autorise, dans le cadre d'une procédure collégiale, la Limitation ou l'Arrêt des Thérapeutiques Actives (LATA) pour les patients en fin de vie. La loi Léonetti a-t-elle fait évoluer nos pratiques ? L'objectif principal de notre étude était l'analyse des variations dans le temps des circonstances du décès selon trois modalités : Arrêt Cardiaque non récupéré (ACNR), LATA ou État de Mort Encéphalique (EME).

**Patients et méthodes :** Étude descriptive longitudinale monocentrique. Tous les dossiers des enfants décédés entre 2007 et 2012 ont été analysés. Sur le plan statistique nous avons utilisé le test de tendance de Cochran-Armitage (seuil de significativité :  $p < 0,05$ ).

**Résultats :** Parmi les 5 100 entrées comptabilisées en 6 ans, 263 enfants sont décédés, ce qui fait une mortalité globale de 5,2 %. Cette mortalité diminuait légèrement mais de façon significative sur la période observée ( $p = 0,016$ ). On retrouve une hausse annuelle constante et significative du pourcentage de LATA qui double en 6 ans ( $p = 0,0008$ ). Les décès par ACNR diminuaient au contraire de plus de moitié sur la même période ( $p = 0,0015$ ). Le taux de décès par EME quant à lui ne variait pas ( $p = 0,72$ ). En définitive on observe une évolution des modalités de décès avec en proportion de plus en plus de LATA, mais sans augmentation du nombre de décès en valeur absolue (Fig. 1).



**Discussion :** Ces résultats sont difficilement comparables aux autres pays étant donné les différentes législations qui encadrent la prise en charge de la fin de vie [1,2]. L'augmentation du nombre de LATA témoigne d'une plus grande acceptabilité de la mort comme « un processus naturel ». Limiter les thérapeutiques actives pour se focaliser sur des soins de confort permet d'appréhender la fin de vie avec plus de calme et de sérénité.

**Conclusion :** Il s'agit d'une avancée éthique remarquable. Même si la loi Léonetti reste largement méconnue des Français (Sondage TNS-Sofres décembre 2012), elle a permis de faire évoluer nos pratiques vers un plus grand respect de la vie, limitant de plus en plus « l'obstination » lorsque les thérapeutiques actives devenaient déraisonnables.

## Bibliographie

1. Launes C, Cambra FJ, Jordán I, Palomeque A (2011) Withholding or withdrawing life-sustaining treatments: an 8-yr retrospective review in a Spanish pediatric intensive care unit. *Pediatr Crit Care Med* 12:e383-5
2. Devictor DJ, Latour JM; EURYDICE II study group (2011) Forgoing life support: how the decision is made in European pediatric intensive care units. *Intensive Care Med* 37:1881-7

## SO082

### Impact de la mise en place d'un algorithme de la sédation-analgésie sur la durée de la ventilation mécanique en réanimation pédiatrique

N. Tabet-Aoul<sup>1</sup>, Z. Addou<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Réanimation pédiatrique, établissement hospitalo-universitaire, service d'anesthésie-réanimation Pédiatrique, Oran, Algérie

<sup>2</sup>Anesthésie réanimation, établissement hospitalo-universitaire, service d'anesthésie-réanimation, Oran, Algérie

**Introduction :** La sédation et l'analgésie en réanimation doivent assurer le confort et la sécurité des patients ventilés et trouver un juste

équilibre, ni insuffisantes (douleur, agitation), ni excessives (allongement de la durée ventilation et de séjour).

La ventilation mécanique consiste en une suppléance respiratoire qui est utilisée dans le traitement des défaillances respiratoires, cardiaques et neurologiques chez l'adulte et chez l'enfant et constitue une indication fréquente d'admission aux soins intensifs.

L'effort actuel porte sur le maintien à un niveau le plus faible possible de la sédation-analgésie, sur l'évaluation et le traitement de la douleur au moment des soins douloureux et sur l'utilisation de protocoles écrits pour la gestion quotidienne de la sédation et de l'analgésie en réanimation selon les recommandations de la société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR) et de la société de réanimation de langue française (SRLF) [1].

**Patients et méthodes :** Il s'agit d'une étude prospective observationnelle d'évaluation menée de novembre 2010 à novembre 2012, monocentrique qui s'est déroulée dans un service de réanimation pédiatrique spécialisée de 08 lits au sein d'un hôpital d'enfants.

Ont été inclus tous les enfants moins de 15 ans, ventilés dont la sédation-analgésie était assurée par une perfusion IV continue de sufentanil et de midazolam, non curarisés et ne nécessitant pas de sédation profonde thérapeutique, au moins 24 heures, hospitalisé en service de réanimation pédiatrique. Les enfants décédés ont été secondairement exclus.

L'évaluation du niveau de sédation se faisait grâce à l'échelle de COMFORT-B (Comfort Behavior Scale) [2] avec un objectif entre 11 et 17 (sédation adéquate). L'adaptation des posologies de sufentanil et de midazolam était effectuée par les médecins en fonction du protocole établi.

Pour chaque enfant nous avons recueilli en plus des données démographiques à l'entrée en réanimation (âge, sexe), la pathologie, le score de gravité PRISM II (Pediatric Risk of Mortality) lors des 24 premières heures, la durée de ventilation et de séjour.

Le recueil et l'analyse des données ont été faits grâce au logiciel épi info version 6.

Les résultats de cette étude ont été comparés à ceux d'une étude rétrospective janvier 2008 - janvier 2010 sans utilisation d'échelle ni protocole de sédation-analgésie.

#### Résultats :

- nous avons inclus 71 enfants parmi 344 enfants sédatisés et ventilés ;
- prédominance du motif d'admission neurologique et respiratoire ;
- prédominance de la tranche d'âge entre 3-6 ans ;
- prédominance du sexe masculin ;
- l'association hypnovel/sufentanil utilisée dans 67 % des cas ;
- une différence non significative du PRIM entre (9,60 « sans protocole » versus 9,04 « avec échelle et protocole » ;  $p < 0,30$ ) ;
- une diminution significative de la durée de ventilation mécanique (5,9 « sans protocole » versus 3,4 « avec échelle et protocole » ;  $p < 0,001$ ) ;
- une légère diminution de la durée de séjour (7,5 j « sans protocole » versus 6,9 j « avec échelle et protocole » ;  $p < 0,48$ ) (tableau 54).

**Discussion :** Notre travail montre que l'utilisation d'une échelle d'évaluation COMFORT B et d'un protocole d'adaptation permet d'avoir une diminution significative de la durée de la ventilation mécanique et d'hospitalisation. Nos résultats vont dans le même sens des autres études adultes et pédiatriques qui ont confirmé l'impact du protocole sur la réduction de la durée de ventilation et de séjour [1].

**Conclusion :** L'évaluation de la sédation-analgésie par l'échelle de confort B et l'utilisation de protocoles écrits permettrait la réduction de la durée de ventilation et de séjour en réanimation pédiatrique.

#### Références

1. Sauder P (2008) Conférence de consensus commune (Sfar-SRLF) en réanimation. Sédation et analgésie en réanimation (nouveau-né exclu). 27:541-55
2. Ambuel B, Hamlett KW, Marx CM, Blumer JL (1992) Assessing distress in pediatric intensive care environments: the COMFORT scale. *J Pediatr Psychol* 17:95-109

#### SO083

##### Safety of pediatric tracheal intubation after non-invasive ventilation failure

B. Crulli<sup>1</sup>, G. Loron<sup>1</sup>, A. Nishisaki<sup>2</sup>, G. Emeriaud<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Service de soins intensifs pédiatriques, CHU Sainte-Justine, Montréal, Canada

<sup>2</sup>Department of Anesthesiology and Critical Care Medicine, Children'S Hospital of Philadelphia, Philadelphia, United States

**Introduction:** Non-invasive ventilation (NIV) is increasingly used in pediatric intensive care unit (PICU) to limit the complications associated with mechanical ventilation. However, NIV may fail, and the delay in initiation of invasive ventilation may be associated with a complicated evolution. We hypothesized that NIV failure may be associated with a higher incidence of severe tracheal intubation associated events (TIAEs) and longer pediatric intensive care unit (PICU) stay compared to children undergoing intubation without prior NIV.

**Patients and methods:** Consecutive tracheal intubation procedures were prospectively evaluated in our PICU from 01/2011 to 02/2012, as part of the multicenter National Emergency Airway Registry for Children (NEAR-4-KIDS) collaborative. Additional chart review was conducted to assess the presence of NIV in the 24 hours prior intubation. Severe TIAEs (cardiac arrest, esophageal intubation with delayed recognition, emesis with aspiration, hypotension requiring intervention, laryngospasm, malignant hyperthermia, pneumothorax and pneumomediastinum) and lowest saturation were recorded prospectively, as well as the duration of mechanical ventilation and PICU stay. Statistical analysis was done in SPSS using Fisher's exact test for categorical data and Mann-Whitney U test for continuous, non-parametric data.

**Results:** 100 intubation events were analyzed, among which 46 (46%) followed NIV failure. Compared to patients intubated primarily, patients intubated after NIV failure were younger although not significant (median (interquartile range) 6 (1-20) months vs 14 (2-34) months,  $p = 0.1$ ). Their PIM2 score at admission was lower (1.2 (0.7- 4.2) vs 2.3 (1.0-5.8),  $p < 0.05$ ), but their severity had reached a similar level prior intubation (PELOD score 1 (0-11) vs 1 (1-11),  $p = 0.35$ ). The number of attempts were similar among the 2 groups, as well as the proportion of intubations performed by a resident. The incidence of severe TIAEs was 20% after NIV failure (including 2 cardiac arrests), and 11% in primarily intubated patients ( $p = 0.19$ ). Desaturation below 80% occurred in 59% after NIV failure, vs 41% in primary intubation patients ( $p = 0.06$ ). The PICU stay was longer after NIV failure (6 (3-9) days vs 3 (1-5) days,  $p < 0.001$ ).

**Discussion:** Comparison between the two groups should be made with caution as their baseline characteristics clearly differed. However, the results suggest that patients who are intubated after a NIV trial have a particularly high risk of severe complications. This risk may result from patient characteristics (e.g. Younger age, higher severity of lung disease) but a deleterious impact of the delay in securing the airways can not be excluded. The study design does not permit to assess the benefit of NIV, as patients with NIV success were not studied.

**Conclusion:** Children who failed an NIV trial were less sick at admission. However they seemed to have a high incidence of complications related to tracheal intubation and spent a longer time in PICU. Further research is warranted to evaluate strategies to prevent these complications and to identify conditions in which intubation should not be delayed.

## SO084

### Validation du score PELOD-2 journalier en réanimation pédiatrique

S. Leteurtre<sup>1</sup>, A. Duhamel<sup>2</sup>, J. Salleron<sup>2</sup>, B. Grandbastien<sup>3</sup>, J. Lacroix<sup>4</sup>, F. Leclerc<sup>5</sup>, Gfrup<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Service de réanimation pédiatrique, Ea2694, UDSL, université Lille-Nord de France, université de Lille-II/

hôpital Jeanne-de-Flandre, CHRU de Lille, Lille, France

<sup>2</sup>Département de biostatistiques, Ea2694, UDSL, université Lille-Nord de France, université de Lille-II/CHRU de Lille, Lille, France

<sup>3</sup>Département d'épidémiologie et de santé publique, Ea2694, UDSL, université Lille-Nord de France, université de Lille-II/ hôpital Calmette, CHRU de Lille, Lille, France

<sup>4</sup>Service de soins intensifs pédiatriques, CHU Sainte-Justine, Montréal, Canada

<sup>5</sup>Service de réanimation pédiatrique, Ea2694, UDSL, université Lille-Nord de France, université de Lille-II/ hôpital Jeanne-de-Flandre, CHRU de Lille, Lille, France

<sup>6</sup>Gfrup : D. Biarent (Bruxelles), R. Cremer (Lille), S. Dauge (Robert Debré-Paris-), M. Dobrzynski (Brest), G. Emériaud (Grenoble), S. Renolleau (Trousseau-Paris-), M. Roque-Gineste (Toulouse), D. Stamm, N. Richard (Lyon), I. Wroblewski (Besançon), Groupe francophone de réanimation et d'urgences pédiatriques, Paris, France

**Introduction :** Le Syndrome de Défaillance MultiViscérale (SDMV) est la principale cause de décès en réanimation pédiatrique. Le score *Pediatric Logistic Organ Dysfunction* (PELOD)-2, récemment développé et validé dans les services de réanimation pédiatrique français, permet une évaluation de la sévérité du SDMV grâce à une échelle continue [1]. L'objectif de cette étude était de valider le score PELOD-2 journalier en utilisant les jours ciblés proposés pour la première version du score (PELOD-1).

**Patients et méthodes :** L'étude était prospective, multicentrique entre juin 2006 et octobre 2007. Tous les enfants admis dans 9 services de réanimation pédiatriques de France et Belgique étaient inclus. Les variables du score PELOD-2 étaient recueillies pour les 7 jours ciblés (J1, J2, J5, J8, J12, J16, J18) préalablement déterminés avec le score PELOD-1 [2].

**Résultats :** La médiane du nombre d'admission par centre était de 442 (Q1-Q3 : 132-581). Le nombre de patients inclus était de 3671. La médiane d'âge était de 15,5 mois (Q1-Q3 : 2,2-70,7) et le taux de mortalité de 6,0 % (222 décès). Les valeurs de discrimination du score PELOD-2 aux jours ciblés sont données dans le tableau :

**Conclusion :** La discrimination du score PELOD-2 journalier, durant les jours ciblés, était bonne ou modérée. Les variations dans le temps du score PELOD-2 pourraient être utilisées pour des études épidémiologiques, thérapeutiques et médico-économiques.

### Références

1. Leteurtre S, Duhamel A, Salleron J, et al (2013) PELOD-2: an update of the PEdiatric logistic organ dysfunction score. *Crit Care Med* 41:1761-73
2. Leteurtre S, Duhamel A, Grandbastien B, et al (2010). Daily estimation of the severity of organ dysfunctions in critically ill children. *CMAJ* 182:1181-7

Tableau Valeurs de discrimination du score PELOD-2 aux jours ciblés			
Jour	PELOD-2, médiane (Q1-Q3) Survivants	PELOD-2, médiane (Q1-Q3) Décédés	Discrimination AUC* (IC 95 %)
1	4 (2-6)	11 (7-18)	0,88 (0,85-0,90)
2	3 (2-5)	8 (5-15)	0,82 (0,77-0,87)
5	3 (2-5)	7 (5-10)	0,80 (0,75-0,85)
8	3 (2-5)	7 (5-9)	0,79 (0,72-0,85)
12	3 (2-5)	6 (5-8)	0,75 (0,67-0,83)
16	3 (2-5)	6 (4-8)	0,78 (0,69-0,87)
18	3 (2-5)	6 (5-8)	0,80 (0,72-0,88)

\*AUC : Area Under the Curve.