

Immunodéprimé en réanimation

Immunocompromised patient in intensive care unit

SRLF 2015

© SRLF et Lavoisier SAS 2014

SO061

Faut-il admettre en réanimation des patients avec cancer bronchopulmonaire (CBP) inaugural ?

C Barth¹, V Lemiale¹, M Soares², AC Toffart³, JF Timsit⁴, G Burghi⁵, A Rabbat⁶, C Lamer⁷, J Salluh², F Wallet⁸, F Blot⁹, E Azoulay¹

1. Réanimation médicale, Hôpital Saint-Louis, Paris

2. Post-graduation program, D'Or Institute for Research and Education, Rio de Janeiro, Brésil

3. Inserm, u 823, Institut A Bonniot, Grenoble

4. Réanimation médicale et infectieuse, Hôpital Bichat-Claude Bernard, Paris

5. Icu, Hospital Maciel, Montevideo, Uruguay

6. Réanimation pneumologique, Hôpital Cochin, Paris

7. Réanimation, L'Institut Mutualiste Montsouris, Paris

8. Centre de biologie pathologie génétique, Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille, Lille

9. Réanimation médicale, Institut Gustave Roussy, Villejuif

Introduction : Le CBP non résécable est associé à un mauvais pronostic à moyen terme. De fait, l'admission des patients atteints de CBP en réanimation reste un sujet de discordance, surtout quand la ventilation mécanique est nécessaire. Cependant, il est habituel de ne pas refuser en réanimation un patient avec CBP au tout début du traitement. L'objectif de cette étude est d'évaluer le pronostic à 3 mois des patients admis en réanimation avec CBP non résécable diagnostiqué depuis moins de trente jours.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude ancillaire à partir d'une base de données multicentrique ayant inclus des patients CBP entre 2008 et 2014 [1]. Les caractéristiques des patients, du cancer et les données sur la prise en charge en réanimation ont été recueillies. La survie a été analysée à la sortie de l'hôpital et à 3 mois. Les résultats sont présentés en médiane (25e-75e percentile). Les paramètres associés à la mortalité hospitalière ont été identifiés par une analyse régression logistique multivariée.

Résultats : 100 patients (69 hommes et 31 femmes) d'âge médian de 64 [55,5 – 72,5] ans ont été inclus. Leur performans status (PS) était de 0 ou 1 (n=73). Le cancer était un carcinome bronchique à petites cellules (n=30), un adénocarcinome (n=28), un carcinome épidermoïde (n=26) ou un autre type histologique (n=16). 70 patients avaient des métastases au diagnostic. À l'admission en réanimation 37 patients avaient reçu un traitement par chimiothérapie (n=21) ou radiothérapie (n=10) ou chirurgie (n=6) et 12 patients étaient en aplasie. Le délai médian entre le diagnostic du cancer et l'admission en réanimation

était de 7 [0 – 21] jours. Les principaux motifs d'admission en réanimation étaient une insuffisance respiratoire aiguë (n=45) et un sepsis (n=41). Le SAPSII à l'admission était de 52 [41-65.5], le SOFA de 8 [4-12]. La durée de séjour en réanimation était de 8 [3 – 15] jours. La prise en charge en réanimation comprenait un support ventilatoire dans 81 % des cas pour une durée médiane de 6 [3-15] jours. La grande majorité des patients (84 %) avaient été intubés (VM), la VNI avait été tentée chez 46 % des patients, les catécholamines chez 61 % des patients et une épuration extrarénale chez 12 %. 19 patients ont reçu de la chimiothérapie pendant leur séjour en réanimation. La mortalité en réanimation était de 47 %, le plus souvent après décision de limitation des thérapeutiques actives (n=37/47, 78 %). La mortalité hospitalière globale était de 60 %. Chez les patients mono-défaillants ventilés (VM, n=10), la mortalité était de 60 %, chez ceux qui bénéficiaient de VM et de catécholamines elle était de 73 % (n=42/57), et chez les patients multi-défaillants elle était de 83 % (n=10/12). Lors d'un échec de VNI (n=21), la mortalité était de 67 %. La mortalité à 3 mois était de 67 % et la médiane de survie de 23,5 jours.

En analyse multivariée, la mortalité hospitalière était indépendamment associée à la présence de métastases (OR = 7,53 [1,53-12,94], p=0,0061), à la nécessité d'un support ventilatoire : VM (OR = 14,46 [3,62-56], p=0,001) et à l'échec de VNI (OR = 9,25 [2,29-46,17], p=0,002). La réalisation d'une chimiothérapie en réanimation était associée à un meilleur pronostic (OR= 0,64 [0,05-0,66], p=0,01).

Conclusion : Deux-tiers des patients admis en réanimation avec un CBP diagnostiqué depuis moins de 30 jours décèdent dans les trois mois. Cette mortalité à trois mois est de 60 % chez les malades ventilés et 76 % chez ceux recevant amines et VM. Ces données renseignent sur les résultats de la réanimation chez les CBP inauguraux et soulignent la nécessité d'intégrer ces éléments dans les décisions d'admission en réanimation et de recours à la VM.

Référence

1. Soares M, Toffart AC, Timsit JF, et al. Lung Cancer in Critical Care (LUCCA) Study Investigators. Intensive care in patients with lung cancer: a multinational study. *Ann Oncol* 2014;25:1829-35

SO062

La mortalité des patients d'hématologie avec insuffisance respiratoire aiguë d'origine indéterminée est-elle plus élevée ?

A Contejean¹, V Lemiale¹, M Resche-Rigon², D Mokart³, F Pène⁴, A Kouatchet⁵, J Mayaux⁶, F Vincent⁷, M N'yunga⁸, F Bruneel⁹, A Rabbat¹⁰, E Azoulay¹

1. Réanimation médicale, Hôpital Saint-Louis, Paris

2. Biostatistiques, Hôpital Saint-Louis, Paris

3. Réanimation, Institut Paoli-Calmettes, Marseille

SRLF 2015 (✉)

48 avenue Claude Vellefaux, F-75010 Paris

e-mail : www.srlf.org

4. Réanimation médicale, Hôpital Cochin, Paris
 5. Réanimation médicale, Centre Hospitalier Universitaire d'Angers, Angers
 6. Réanimation pneumologique, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris
 7. Réanimation polyvalente, Groupe Hospitalier Intercommunal Le Raincy-Montfermeil, Montfermeil
 8. Réanimation médicale, Centre Hospitalier de Roubaix, Roubaix
 9. Réanimation médico-chirurgicale, Centre Hospitalier de Versailles, Le Chesnay
 10. Réanimation pneumologique, Hôpital Cochin, Paris

Introduction : La détresse respiratoire aiguë est la complication la plus fréquente chez le patient d'hématologie, avec une incidence se situant entre 20 % et 50 %, source de forts taux d'admission en réanimation et d'une mortalité élevée. Dans près de 25 % des cas, l'étiologie demeure indéterminée malgré une enquête étiologique avancée et ces patients restant sans diagnostic pourraient avoir une mortalité accrue. Nous avons voulu vérifier cette hypothèse sur des données actualisées et multicentriques.

Matériels et Méthodes : Analyse post-hoc d'une cohorte multicentrique prospective comportant 1011 patients d'hématologie admis dans 17 centres de réanimation entre janvier 2010 et mai 2011. L'ensemble des dossiers des patients présentant des symptômes respiratoires ont été revus. Le diagnostic étiologique de la détresse respiratoire était reclassé en 4 catégories distinctes : infectieux banal, opportuniste, non infectieux et indéterminé.

Résultats : Sept cent un patients ont été revus, et 604 inclus dans l'analyse. Il s'agissait principalement d'hommes (61 %) d'une moyenne d'âge de 60 ans atteints pour la majorité d'entre eux de leucémie aiguë myéloïde (27,9 %) ou de lymphome non-Hodgkinien (27,1 %), rarement en rémission (23 %) et incluant 17,1 % de patients allogreffés de cellules souches hématopoïétiques. 20 % des patients avaient un Performans Status > 1, la moitié un score de SOFA > 7 et 30 % étaient neutropéniques. La fréquence respiratoire médiane à l'admission était de 32 [26-38] et 2/3 des patients avaient une atteinte pulmonaire diffuse à la radiographie thoracique. 41,4 % des patients ont reçu de la ventilation mécanique invasive à J1. Un LBA a été réalisé chez 155 (25,6 %) patients. Leur mortalité était similaire aux autres patients. Le LBA donnait un diagnostic dans 25,2 % des cas (39/155) versus 28,4 % (44/155) pour les examens non invasifs ($p=0,52$). Chez les patients bénéficiant d'un LBA, 16,8 % des diagnostics restaient indéterminés alors que ce chiffre était de 11,6 % dans le groupe « non invasif » ($p=0,10$). Cependant, le LBA a permis de rattraper 9 diagnostics de pneumocystose certaine.

Les diagnostics étaient répartis de la façon suivante : infectieux banal (44,4 %), opportuniste (10,1 %), non infectieux (32,6 %) et indéterminé (12,9 %), avec des mortalités de 39,2 %, 55,7 %, 35 % et 60 %, respectivement. La mortalité hospitalière était de 42,2 %. En analyse multivariée (tableau), les facteurs indépendamment associés à la mortalité hospitalière étaient l'absence de diagnostic étiologique (OR = 2,92 ; $p<0,005$), l'aspergillose pulmonaire invasive (OR = 7,57 ; $p<0,001$), la ventilation mécanique dans les premières 24 heures (OR = 1,65 ; $p=0,02$) et un score de SOFA > 7 (OR = 3,32 ; $p<0,001$).

Tableau 1 Analyse multivariée des facteurs de risque de mortalité hospitalière

Variables	OR [IC]	Valeur p
Ventilation mécanique invasive à J1	1,65 [1,07 – 2,55]	0,02
Diagnostic indéterminé	2,92 [1,71 – 5,07]	< 0,005
SOFA score > 7	3,32 [2,15 – 5,15]	< 0,001
Aspergillose pulmonaire invasive	7,57 [3,06 – 21,62]	< 0,001

Conclusion : Chez les patients d'hématologie en insuffisance respiratoire aiguë, un diagnostic indéterminé est associé à une mortalité accrue, toutes choses égales par ailleurs. Cette situation présente chez près de 13 % des patients est l'échec d'une stratégie aussi bien invasive que non-invasive. L'évaluation de nouveaux outils diagnostics devrait permettre d'éviter ces diagnostics indéterminés et de bien cibler les patients pour lesquels la biopsie pulmonaire doit être discutée.

SO063

Caractéristiques et devenir des patients atteints de leucémies aiguës myéloïdes admis en réanimation à la phase inaugurale

M Picard¹, E Yon², É Berard², S Bertoli¹, S Tavitian¹, B Riu-Poulenc³, F Huguet¹, J Ruiz⁴, C Récher¹

1. Hématologie adulte, Institut Universitaire du Cancer de Toulouse-Oncopole, Toulouse
2. Service d'épidémiologie, CHU Purpan, Toulouse
3. Réanimation polyvalente, Centre Hospitalier Universitaire Purpan, Toulouse
4. Réanimation, Institut Universitaire du Cancer de Toulouse-Oncopole, Toulouse

Introduction : Le traitement d'induction des patients atteints de leucémies aiguës myéloïdes (LAM) est une phase critique. Il peut être émaillé de complications graves nécessitant un transfert en réanimation: complications pulmonaires spécifiques, infectieuses, métaboliques ou hémorragiques principalement. Peu d'études se sont intéressées à ces patients. Notre travail étudie les caractéristiques et le devenir des patients atteints de LAM admis en réanimation à la phase inaugurale.

Patients et méthodes : Etude rétrospective monocentrique réalisée sur 14 ans (01/2000 à 12/2013) incluant les patients atteints de LAM admis en réanimation lors de la chimiothérapie d'induction. Les données relatives aux LAM et au séjour en réanimation ont été colligées. Certaines données ont été comparées au groupe de patients non admis en réanimation.

Résultats : Parmi les 898 patients hospitalisés en hématologie pour leur induction, 91 patients (10,1 %) ont été admis en réanimation et inclus dans l'étude. Ces patients (56 % d'hommes), âgés de 62,5 ans [17,2-75,6], n'avaient pas de comorbidité majeure. Les LAM de novo représentaient 78,4 % de la population. L'indice de performance au diagnostic était ≤ 2 dans 76,3 % des cas. La présence d'un syndrome de leucostase, une hypoalbuminémie, une lymphopénie et une cytoréduction par hydroxyurée étaient des facteurs prédictifs d'admission en réanimation en analyse multivariée. Le score SOFA à l'admission était de 11 (4-23). Le motif principal d'admission en réanimation était respiratoire (60,4 %). Un tiers des LAM étaient hyperleucocytaires (GB>50G/L). 70,3 % des patients étaient en aplasie en réanimation. Les patients recevaient de la ventilation mécanique (56 %), des catécholamines (55 %), de la ventilation non invasive (47 %) et de la dialyse (30 %). La moitié des patients était en syndrome de défaillance multiviscérale (SDMV). Les principaux diagnostics finaux étaient infectieux (49,5 %), pulmonaires spécifiques (30,8 %), hémorragiques (6,6 %), métaboliques (5,5 %). Les complications métaboliques étaient souvent au deuxième plan car associées à des complications pulmonaires spécifiques dans la majorité des cas. Les complications infectieuses étaient majoritairement pulmonaires (54,8 %) puis digestives (33,3 %). Presque un tiers des patients avaient une septicémie documentée. La mortalité à un mois de réanimation était de 53,8 %. La mortalité des patients sous ventilation mécanique invasive était de 80 %. La mortalité à 7 jours de la chimiothérapie était associée à des

facteurs pronostiques standard de réanimation mais surtout à des marqueurs d'agressivité des LAM alors que la mortalité à un mois de réanimation n'était corrélée qu'aux facteurs pronostiques de réanimation. En analyse multivariée, la mortalité à 7 jours de la chimiothérapie était indépendamment associée à la ventilation mécanique invasive et au SDMV ; la mortalité à 1 mois de réanimation n'était indépendamment associée qu'au SDMV. Une rémission complète était obtenue dans 31.9 % des cas. La médiane de survie globale était de 1.9 mois [0.62-10.18]. La comparaison de la survie globale entre les patients admis et non admis en réanimation montrait que l'admission en réanimation (HR=3.95, IC95 % [3.08-5.07] p<0.001), un âge >60 ans, une LAM secondaire, un profil cytogénétique non favorable ainsi qu'une hypoalbuminémie et une hypofibrinogénémie au diagnostic étaient des facteurs pronostiques de survie globale en analyse multivariée. Après ajustement sur le score de propension et les facteurs de mauvais pronostic des LAM, l'admission en réanimation était significativement et indépendamment associée à la survie globale des patients (HR=4.02, IC95 % [2.35-6.88], p<0.001).

Conclusion : Dans notre cohorte, les patients admis en réanimation à la phase inaugurale de leur LAM, étaient graves, la moitié étant en SDMV. Si la mortalité à 1 mois de réanimation est comparable aux précédentes études, la mortalité des patients sous ventilation mécanique invasive est majeure. Ces résultats plaident en faveur d'une admission précoce des patients en réanimation et d'une prise en charge initiale des patients hyperleucocytaires en réanimation.

Références

Schellongowski P. Prognostic factors for intensive care unit admission, intensive care outcome, and post-intensive care survival in patients with de novo acute myeloid leukemia: a single center experience. *Haematologica* 2011;96:231-7.

Lenjliné E. Intensive care unit management of patients with newly diagnosed acute myeloid leukemia with no organ failure. *Leuk Lymphoma* 2012;53:1352-9.

SO064

Association between biomarker levels after lung transplantation and one year graft function

J Riera¹, A Senna², M Cubero², J Baldirà³, S Augustin⁴, L Romero⁵, V Monforte⁶, J Rello¹

1. Critical care department, beca fis, isciii pi11/01122, Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, Espagne

2. Crips group, Institut de Recerca Edifici Collserola, Barcelona, Espagne

3. Critical Care Department, Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, Espagne

4. Liver unit, Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, Espagne

5. Thoracic surgery department, Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, Espagne

6. Pneumology department, Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, Espagne

Introduction : The graft function achieved following lung transplantation (LT) is influenced by a number of donor and recipient factors. Complications appearing during the first weeks of the postoperative period may have significant impact on long-term graft function. The forced expiratory volume in 1s (FEV1) remains the core evaluation test for graft function assessment. Some biomarkers have been found to be related to particular complications in the immediate postoperative period of LT. The Mid Regional fragment of pro-Adrenomedullin (MR-proADM) has been demonstrated to provide clinically relevant prognostic information in different populations. Procalcitonin (PCT)

has been suggested to be a good biomarker of lung infection and other lung diseases such as cancer. Interleukins 6, 8 and 10 (IL-6, IL-8 and IL-10 respectively) are biomarkers involved in the inflammatory response. We hypothesized that the levels of these biomarkers measured in the immediate postoperative period of LT could be associated to one year lung function.

Patients et Méthodes : We prospectively included 100 LT recipients consecutively admitted to the intensive care unit (ICU) between September 2011 and May 2013. We measured plasma levels of MR-proADM, PCT, IL-6, IL-8 and IL-10 at 24, 48 and 72 hours after ICU admission. Graft function at one year was evaluated by the measurement of FEV1. MRpro-ADM and PCT levels were estimated using an immune-time resolved amplified cryptate emission technology assay (Kryptor® ; Brahms GmbH). The levels of interleukins were measured using enzyme-linked immunosorbent assay kits-ELISA (Sunred Bio). The Spearman's rank correlation coefficient was used to evaluate the association. The study was approved by the Ethics Committee on July 2011. Informed consent was obtained from the relatives of each patient enrolled in the cohort.

Résultats : A statistically significant association was found between the PCT levels at any time point and FEV1 at one year. The same was true for IL-10 at 24h and 48h. We found no association between the levels of the rest of the biomarkers and the FEV1 at one year (Table 1).

Tableau 1 Spearman's correlation coefficient and P value of the association between the levels of biomarkers at 24h,48h and 72h and one year graft function

Biomarker and time point	Correlation coefficient	P value
MR-proADM 24h	-.184	0.120
MR-proADM 48h	-.193	0.100
MR-proADM 72h	-.062	0.589
PCT 24h	-.304	0.011*
PCT 48h	-.376	0.001*
PCT 72h	-.265	0.020*
IL-6 24h	-.036	0.761
IL-6 48h	.008	0.945
IL-6 72h	.058	0.616
IL-8 24h	-.017	0.885
IL-8 48h	.057	0.620
IL-8 72h	-.013	0.913
IL-10 24h	-.275	0.016*
IL-10 48h	-.352	0.001*
IL-10 72h	-.211	0.065

Discussion : PCT levels have been shown to be correlated to severity of illness scoring systems used in clinical practice, such as APACHE II, SAPS II and SOFA. In addition, several studies have reported higher PCT levels in non-survivors after major surgeries, such as cardiac surgery, compared with survivors. This is the first investigation that evidences a significant association between PCT plasma levels following LT and graft function at one year. IL-10 is known to be a pivotal anti-inflammatory cytokine that acts as one of the key molecules critically involved in the development and maintenance of immune tolerance and homeostasis. We found that higher plasma levels of this molecule at 24h and 48h following LT were associated with worse graft function at one year.

Conclusion : PCT and IL-10 plasma levels measured after LT may be prognostic factors for one year graft function.

Références

Meisner M, Rauschmayer C, Schmidt J, Feyrer R, Cesnjevar R, Bredle D, Tschaikowsky K. Early increase of procalcitonin after cardiovascular surgery in patients with postoperative complications. *Intensive Care Med* 2002;28:1094-102.

Yu XY, Wang Y, Zhong H, Dou QL, Song YL, Wen H. Diagnostic value of serum procalcitonin in solid organ transplant recipients: a systematic review and meta-analysis. *Transplant Proc* 2014;46:26-32.

SO065

Maladie de Still de l'adulte en réanimation

A Wahbi¹, C Bretonnière², A Néel¹, O Zambon², M Hamidou¹, D Villers², C Guitton², Still en réanimation

1. Médecine interne, C.H.U. Hôtel Dieu, Nantes

2. Réanimation médicale polyvalente, C.H.U. Hôtel Dieu, Nantes

Introduction : La maladie de Still de l'adulte (MSA) est une entité rare. Des formes graves, bien qu'exceptionnelles, sont rapportées (exclusivement sous formes de cas cliniques). L'objet de cette étude multicentrique a été d'identifier, de décrire une série de patients hospitalisés en Réanimation pour une forme sévère de MSA puis de la comparer à une cohorte de patients hospitalisés pour des formes non graves.

Matériels et Méthodes : Identification des cas. Pour cette étude multicentrique rétrospective, les formes non graves ont été identifiées à partir des registres des services de Médecine de l'Inter-région Ouest ; les formes graves grâce au concours des services de Réanimation français sollicités par e-mails (deux relances). Compte-tenu de la difficulté, dans une étude rétrospective, à affirmer le diagnostic sur des critères stricts (Yamaguchi), chaque dossier sans diagnostic formel a été évalué indépendamment par deux experts (AW, AN) puis un troisième en cas de désaccord (MH).

Caractéristiques des patients. Ont été recueillies des données cliniques et biologiques présentes à l'admission. Les traitements initiaux utilisés et le devenir (survie/décès, rémissions/formes chroniques) ont également été colligés. Comparaison des groupes « graves » vs « non graves ». Les données quantitatives ont été comparées grâce au test exact de Fischer ; les variables continues selon le test non paramétrique de Mann-Whitney. Le seuil de 0.05 a été retenu pour définir une différence significative.

Résultats : Vingt-deux patients ont été hospitalisés en Réanimation pour une MSA : 11 hommes pour 11 femmes. Il s'agissait d'adultes jeunes (âge moyen 39 ans) avec cependant des cas pour des âges plus avancés (max : 71 ans). Pour la plupart des patients, cette hospitalisation permettait de retenir le diagnostic qui n'était précédemment connu que pour 2 d'entre eux.

À l'admission, tous les patients (sauf un) présentaient une fièvre pour laquelle une majorité d'entre eux (60 %) recevaient une antibiothérapie. Les signes classiques (articulaires, cutanés, ORL) étaient retrouvés. On notait cependant que les formes graves différaient des formes non graves par une moindre fréquence des arthrites ou des éruptions ($p < 0.05$).

Dans les formes graves, une altération marquée de l'état général, la présence d'une hépatosplénomégalie étaient souvent notées. L'atteinte des séreuses était plus rare sans être exceptionnelle (un tiers des cas). La sévérité était liée à la présence d'un syndrome d'activation macrophagique dans près de 50 % des cas. La défaillance multiviscérale était effective pour un tiers des patients.

En termes de traitements, on notait également des différences entre les patients selon qu'ils étaient hospitalisés en Réanimation ou non. L'immense majorité des patients recevait un traitement initial par corticoï-

des (90 %). Seuls des patients non graves ont reçu un traitement initial par AINS quand seuls certains patients de réanimation ont été traités par immunoglobulines polyvalentes (n=5) voire par VP16 (n=2).

Par définition, tous les patients hospitalisés en Réanimation ont présenté au moins une complication. Cependant, l'évolution a été le plus souvent favorable puisqu'un seul patient est décédé et que l'évolution ne s'est pas plus fréquemment faite vers une forme chronique chez ces patients sévères (rémission pour la moitié d'entre eux).

Conclusion : Comme démontre cette cohorte (unique dans la littérature), la MSA est une entité rare mais que les réanimateurs peuvent être amenés à rencontrer. En collaboration avec les Internistes, il est important d'en faire le diagnostic pour proposer un traitement immunomodulateur adapté. Malgré la sévérité de certaines formes, l'évolution est le plus souvent favorable.

SO066

Échanges plasmatiques réalisés en réanimation au cours des vascularites systémiques: expérience du Centre national de référence des vascularites

G Geri¹, B Terrier², F Heshmati³, J Massot¹, J Charpentier¹, JD Chiche¹, A Cariou¹, JP Mira¹, L Mouthon², L Guillevin², F Pène¹

1. Réanimation médicale, Hôpital Cochin, Paris

2. Médecine interne, Hôpital Cochin, Paris

3. Unité d'hémaphèrese, Hôpital Cochin, Paris

Introduction : Le traitement d'induction des vascularites systémiques associe une corticothérapie, à un traitement immunosuppresseur dans les formes sévères, le plus souvent du cyclophosphamide. Des échanges plasmatiques (EP) peuvent être ajoutés à cette stratégie thérapeutique en cas de défaillance d'organes, essentiellement une insuffisance rénale aiguë ou une insuffisance respiratoire liée à une hémorragie intra-alvéolaire. L'efficacité des EP a été montrée au cours des vascularites associées aux ANCA chez des patients ayant une créatininémie supérieure à 500 $\mu\text{mol/L}$, mais peu de données sont disponibles sur leur utilisation en réanimation, et notamment leur efficacité sur les défaillances d'organes.

Patients et Méthodes : il s'agit d'une série rétrospective monocentrique de patients admis en réanimation pour insuffisance rénale aiguë et/ou insuffisance respiratoire aiguë dans le cadre d'une vascularite systémique nécrosante en poussée, et traités par échanges plasmatiques. L'évolution des paramètres respiratoires (recours à la ventilation mécanique, rapport PaO₂/FiO₂, index d'oxygénation) et rénaux (recours à l'épuration extrarénale, diurèse horaire) ont été décrits de manière sériée à J1, J2, J4 et J7.

Résultats : 17 patients (âge médian 61,5 [41,2-71,5] ans, 6 hommes et 10 femmes) ont été inclus dans l'étude. Le motif d'admission en réanimation était inaugural de la vascularite dans la majorité des cas (15/17). Les diagnostics étiologiques étaient une granulomatose avec polyangéite (11 cas), une polyangéite microscopique (3 cas), une vascularite cryoglobulinémique (1 cas), un syndrome de Goodpasture (1 cas) et une vascularite inclassée (3 cas). À l'admission en réanimation, 11 patients présentaient une insuffisance respiratoire isolée, 4 patients un syndrome pneumo-rénal et 2 une insuffisance rénale aiguë isolée. Les scores SOFA respiratoire et rénal médians étaient à 3 [2-3] et 2 [1-4], respectivement. La créatininémie médiane à l'admission était à 229 [120,503] $\mu\text{mol/l}$. Tous les patients ont reçu une corticothérapie générale et 11 ont reçu du cyclophosphamide par voie intraveineuse, en association avec des échanges plasmatiques quotidiens. Sept patients ont dû être intubés et ont eu une ventilation mécanique invasive et six

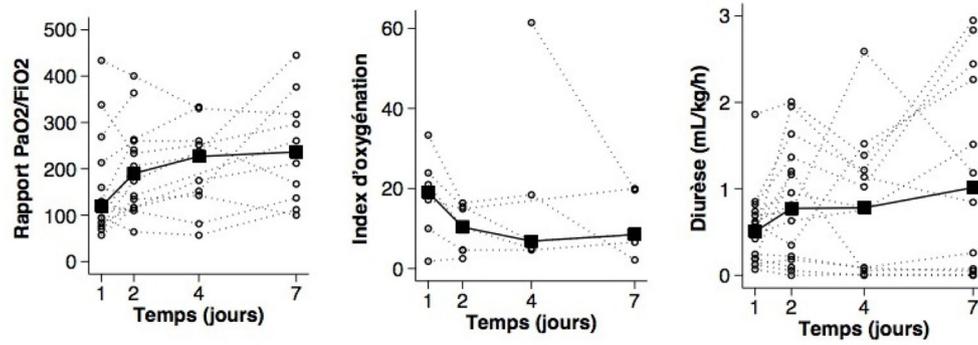


Fig. 1 Évolution des différents paramètres respiratoires et rénaux

patients ont nécessité une épuration extrarénale. L'évolution des différents paramètres respiratoires et rénaux est présentée sur la Figure 1. La survie en réanimation était de 14/17 (82,4 %).

Conclusion : Les échanges plasmatiques sont une option thérapeutique rapidement efficace chez les patients admis en réanimation pour une vascularite active avec atteinte respiratoire et/ou rénale.