

Pathologie digestive

Digestive diseases

SRLF 2015

© SRLF et Lavoisier SAS 2014

FC029

Quelle morbidité en postopératoire d'œsophagectomie ?

S Kilani¹, P Gouin², E Huet³, JJ Tuech³, G Wood⁴, B Dureuil⁴, B Veber²

1. Centre Hospitalier Universitaire Rouen, Rouen

2. Réanimation chirurgicale, Centre Hospitalier Universitaire Rouen, Rouen

3. Chirurgie digestive, Centre Hospitalier Universitaire Rouen, Rouen

4. Anesthésie, Centre Hospitalier Universitaire Rouen, Rouen

Introduction : L'œsophagectomie pour cancer reste associée à une mortalité hospitalière élevée, de l'ordre de 5 à 8 % suivant les séries publiées. L'objectif de notre étude était d'évaluer la mortalité et la morbidité notamment respiratoire, des patients ayant bénéficié d'une œsophagectomie.

Patients et Méthodes : Entre 2006 et 2013, tous les patients opérés d'une œsophagectomie programmée pour cancer et admis en réanimation ont été analysés. Le recueil de données a comporté l'histoire carcinologique, les données démographiques, les événements peropératoires et la période post opératoire. Une analyse univariée par test du Chi deux et test t de Student, puis multivariée par une méthode de régression logistique a été réalisée. Elle a permis de déterminer les facteurs de risque de complications respiratoires, définies par la survenue d'une hypoxie avec P/F<300, d'une pneumopathie, d'un SDRA ou d'une pleurésie.

Résultats : 89 patients âgés de 60±10 ans ont été inclus. 19 patients (21 %) ont bénéficié d'une analgésie péridurale. Tous ont été admis en réanimation en post opératoire immédiat, avec un IGS II moyen à 29±11. La durée médiane de séjour en réanimation était de 10 jours [2-138]. 54 patients (61 %) ont présenté une complication respiratoire, 40 (45 %) ont bénéficié d'une VNI et 34 (38 %) ont été réintubés. 34 patients (38 %) ont présenté une complication chirurgicale dont 20 fistules anastomotiques. 9 patients (10 %) sont décédés en réanimation et la mortalité hospitalière était de 13, 4 %. L'analyse univariée met en évidence comme facteurs de risque d'évolution respiratoire défavorable une chirurgie du tiers inférieur de l'œsophage (p=0,05), une durée plus longue d'intervention (325 vs 393 min, p=0,008), un remplissage vasculaire peropératoire plus important (3850 vs 4630 mL, p=0,033), la survenue d'une complication chirurgicale postopératoire (p=0, 001), et un rapport PaO₂/FiO₂ à l'admission en réanimation plus bas (338 vs 279, p=0,013). À l'analyse multivariée un rapport PaO₂/FiO₂ à l'admission plus bas (OR=0, 98 IC 95 % 0, 98-0, 99, p=0,01), une tumeur

du 1/3 inférieur de l'œsophage (OR=9, 4 IC 95 % 1, 9-46, 2, p=0,006) et la survenue d'une complication chirurgicale (OR=5, 72 IC 95 % 1, 29-25, 4, p=0,002) étaient indépendamment liés à la survenue d'une complication respiratoire.

Conclusion : La mortalité hospitalière dans notre série est supérieure à celle rapportée dans la littérature. Ce résultat peut être expliqué par le nombre restreint de patients traités dans notre centre. En effet, le lien entre nombre de patients pris en charge et mortalité est connu, les séries publiées rapportant des cohortes plus importantes que la nôtre. De même, la morbidité respiratoire est supérieure à celle des autres séries rapportées. L'hypoxie postopératoire précoce dépistée à l'admission en réanimation est probablement le reflet de la prise en charge per opératoire. Une optimisation de cette période paraît donc déterminante pour le pronostic, notamment en réduisant les apports hydrosodés et la durée de l'intervention, et en optimisant la ventilation peropératoire. Le P/F à l'admission en réanimation permettrait de cibler les patients à haut risque de complication respiratoire chez qui l'impact d'une VNI prophylactique pourrait être évalué dans une étude ultérieure.

Références

Belot A, Grosclaude P, Bossard N, et al. Cancer incidence and mortality in France over the period 1980-2005. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2008;56:159-75.

Wright CD, Kucharczuk JC, O'Brien SM, Grab JD, Allen MS. Predictors of major morbidity and mortality after esophagectomy for esophageal cancer: a Society of Thoracic Surgeons General Thoracic Surgery Database risk adjustment model. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2009;137:587-95

FC030

Facteurs de risque et pronostic de l'ischémie mésentérique aiguë chez les patients hospitalisés en réanimation après une chirurgie cardiaque

A Guillaume¹, S Chocron², E Samain³, S Pili-Floury³, E Delabrousse⁴, G Capellier¹, G Piton¹

1. Réanimation médicale, CHU de Besançon, Besançon

2. Chirurgie cardiaque, CHU de Besançon, Besançon

3. Réanimation chirurgicale, CHU de Besançon, Besançon, 4 Imagerie viscérale, CHU de Besançon, Besançon

Introduction : L'ischémie mésentérique aiguë en postopératoire de chirurgie cardiaque est une pathologie rare (incidence de 1 %) mais grave (mortalité entre 70 % et 100 %). C'est une maladie dont le diagnostic est difficile et dont l'incidence est sous-estimée.

L'objectif principal de notre étude est d'établir une épidémiologie descriptive et de mieux comprendre l'histoire naturelle de l'ischémie mésentérique aiguë chez les patients hospitalisés en réanimation au

SRLF 2015 (✉)

48 avenue Claude Vellefaux, F-75010 Paris
e-mail : www.srlf.org

décours d'une chirurgie cardiaque. Les objectifs secondaires sont d'identifier des facteurs de risque impliqués dans la genèse de la maladie et d'évaluer son pronostic.

Patients et Méthodes : étude rétrospective, monocentrique, réalisée dans deux services de réanimation. Tous les patients bénéficiant d'une chirurgie cardiaque et nécessitant une admission en réanimation entre janvier 2007 et décembre 2013 ont été inclus. Pour chaque patient, des paramètres cliniques, biologiques et d'imagerie ont été relevés. Les cas d'ischémie mésentérique ont été diagnostiqués par imagerie, endoscopie ou autopsie.

Résultats : 320 patients ont été inclus dans l'étude. 33 cas d'ischémie mésentérique ont été trouvés dont 24 cas par bas débit, 1 par thrombose artérielle, 3 par embolie artérielle et 5 par dissection. L'incidence retrouvée de l'ischémie mésentérique est de 10 %. La mortalité dans le groupe IMA est significativement supérieure au groupe sans IMA : mortalité respectivement à J28 et J90 de 64 % et 83 % versus 28 % et 36 %. En analyse multivariée, 4 paramètres sont indépendamment liés à la survenue d'une ischémie mésentérique : chirurgie de pontage, transfusion de PSL pendant la CEC, IGS2 > 50 et ASAT \geq 100 UI/L à l'admission en réanimation.

Conclusion : L'incidence de l'ischémie mésentérique aiguë chez les patients nécessitant une admission en réanimation en postopératoire de chirurgie cardiaque est beaucoup plus élevée que ne le suggère la littérature : 10 % dans notre série. Le pronostic de cette affection reste effroyable. Les facteurs de risques identifiés permettent d'établir un score prédictif d'IMA côté de 0 à 7 à partir de 4 critères : transfusion PSL per CEC (1 point), chirurgie coronarienne (1 point), ASAT \geq 100 (2 points) et IGS2 \geq 50 UI/L (3 points) à l'admission en réanimation. L'utilisation de ce score pourrait permettre une stratégie de dépistage dans le sous-groupe des patients les plus à risque de développer cette complication (score 6-7 = 29 % d'ischémie mésentérique).

FC031

Impact de l'induction de l'anesthésie générale sur la cytolysé entérocytaire

T Rebaudet¹, L Barrot¹, S Chocron², E Samain³, D Laplaza⁴, G Capellier¹, G Piton¹

1. Réanimation médicale, CHU de Besançon, Besançon
2. Chirurgie cardiaque, CHU de Besançon, Besançon
3. Réanimation chirurgicale, CHU de Besançon, Besançon
4. Anesthésie Réanimation, CHU de Besançon, Besançon

Introduction : Les effets de l'induction de l'anesthésie générale sur la survenue d'une cytolysé entérocytaire concernant l'intestin grêle sont méconnus. Pour autant, l'anesthésie par elle-même, et via les répercussions hémodynamiques qu'elle engendre, pourrait induire une souffrance de la muqueuse du grêle. Ceci pourrait être exacerbé chez les patients athéromateux à risque d'ischémie mésentérique. L'objectif principal de cette étude était de mesurer la variation du taux du taux d'I-FABP, un biomarqueur spécifique de lyse entérocytaire, avant et après l'induction de l'anesthésie générale en chirurgie réglée (Normale < 100 pg/mL).

Patients et Méthodes : Deux dosages d'I-FABP plasmatique étaient réalisés dans cette étude par des prélèvements veineux. Le premier dosage (T1) était réalisé au bloc opératoire avant l'induction (et la préoxygénation) de l'anesthésie générale, au mieux lors de la pause du cathéter veineux.

Le deuxième dosage (T2) était réalisé au moins 11 minutes après le début de l'induction de l'anesthésie générale et avant la procédure chirurgicale afin d'analyser uniquement l'effet de l'anesthésie sans

facteur confondant imputable à la chirurgie (perte sanguine, stimulus douloureux).

Résultats : 39 patients ont été inclus dans cette étude. 18 patients avaient un terrain d'artériopathie, et 21 n'avaient aucune localisation connue d'artériopathie ischémique. Le taux d'I-FABP avant l'induction de l'AG était déjà élevé (399 pg/ml). Il existait une augmentation statistiquement significative de l'I-FABP plasmatique entre T1 (avant l'induction de l'anesthésie) et T2 (après l'induction de l'anesthésie) avec une variation absolue de 33 pg/ml [-11-238], ($p < 0.006$). La variation du taux d'I-FABP au décours de l'induction de l'AG était très significative chez les patients athéromateux (augmentation de 217 pg/mL) alors qu'elle n'était pas significative chez les patients non athéromateux 8 pg/mL ($p = 0.004$). En régression logistique simple, un antécédent d'artériopathie ischémique était associée à un Odds Ratio de 20.0 [2.2-182] de présenter une élévation du taux d'I-FABP de 200 pg/mL au décours de l'induction de l'AG.

Conclusion : L'induction de l'AG peut entraîner une cytolysé entérocytaire chez les patients athéromateux. Ainsi, un antécédent d'artériopathie ischémique augmente par 20 le risque de présenter une variation d'I-FABP > 200 pg/mL au décours de l'induction de l'AG. Ces variations anormales sont-elles pour autant pathologiques ? Il reste à préciser l'impact clinique de ce phénomène biologique en terme de complications infectieuses, inflammatoires, et ischémiques en post-opératoire. En revanche, les patients non athéromateux n'ont pas modifié leur taux d'I-FABP au décours de l'induction. Chez ces patients jeunes, présentant des artères saines, ayant un score ASA bas, l'induction de l'AG ne semble pas être délétère sur la muqueuse intestinale.

FC032

Complications digestives graves des patients d'oncohématologie admis en réanimation

D Lebon¹, E Canet², L Biard³, D Schnell⁴, C Roussel², JM Gornet⁵, N Munoz-Bongrand⁶, S Buyse², E Azoulay²

1. Hématologie Clinique, Chu Amiens, Amiens Cedex
2. Réanimation médicale, Hôpital Saint-Louis, Paris
3. Sbm, Hôpital Saint-Louis, Paris
4. Réanimation médicale, CHU de Strasbourg, Strasbourg
5. Gastroentérologie, Hôpital Saint-Louis, Paris
6. Chirurgie viscérale, Hôpital Saint-Louis, Paris

Introduction : Il existe peu de données sur les atteintes digestives graves des patients cancéreux justifiant une admission en réanimation. L'objectif de cette étude était de décrire ces complications, leur fréquence et leur pronostic.

Patients et Méthodes : Nous avons réalisé une étude rétrospective monocentrique incluant tous les patients d'oncohématologie (OH) admis dans le service de réanimation médicale de l'hôpital Saint-Louis entre 01/1997 et 12/2011 pour la prise en charge d'une complication digestive grave. Une analyse multivariée a permis d'identifier les facteurs associés à la mortalité hospitalière (MH).

Résultats : Parmi les 3 222 patients d'OH admis en réanimation, 171 (5, 3 %) présentaient une complication digestive grave. Une hémopathie maligne était présente chez 80 % des patients et un cancer solide chez 20 %. La pathologie tumorale était majoritairement inaugurale (25 %) ou en première ligne de traitement (44 %). La majorité des patients (79 %) avait reçu un traitement par chimiothérapie dans les 30 jours précédant l'admission en réanimation. L'indice de gravité simplifié II (IGS II) était à 51 (IQR, 38-62) et 89 patients (54 %) étaient en aplasie. Le délai médian entre la dernière chimiothérapie et l'admission en réanimation était de 14 jours (IQR, 8-22). Le délai médian entre le

début des symptômes digestifs et l'admission en réanimation était de 1 jour (IQR, 0-5).

Le symptôme le plus fréquemment rapporté était l'intolérance alimentaire (77 %). Des douleurs abdominales étaient présentes chez 68 % des patients ; celles-ci étaient diffuses dans 43 % des cas et localisées en fosse iliaque droite dans 38 % des cas. Une diarrhée était présente dans 60 % des cas (aqueuse dans 80 % des cas). Des signes d'irritation péritonéale étaient retrouvés dans 16 % des cas. Des signes cliniques d'occlusion ou de sub-occlusion étaient retrouvés dans 27 % des cas. Une hémorragie digestive était présente dans 24 % des cas. L'entérococolite du neutropénique (ECN) était le premier diagnostic (33 %), devant les infections (27 %), les infiltrations tumorales (13 %) et les toxicités des chimiothérapies (7 %). La moitié des patients avaient une infection documentée, bactérienne dans 91 % des cas (bacilles à gram négatif (56 %) : *Escherichia Coli*, *Pseudomonas aeruginosa* et autres entérobactéries) et fongique (*Candida*) dans 10 %. Les coprocultures ont isolé un *Clostridium difficile* chez 24 patients (toxigène chez 9 d'entre eux).

La tomodynamométrie (TDM) abdominale a permis de documenter les tableaux digestifs aigus chez 94 patients (57 %) par la mise en évidence d'un épaississement de la muqueuse colique (n=40, 43 %), focal dans la moitié des cas (n=21, 52 %), et/ou d'un épaississement de la muqueuse grêlique (n=21, 22 %). Les autres anomalies principalement retrouvées étaient : une distension abdominale (n=30, 32 %), un pneumopéritoine (n=10, 11 %) et une pneumatose colique (n=5, 5 %). Les examens endoscopiques ont été contributifs dans 3 circonstances : diagnostic étiologique et éventuel traitement d'une hémorragie digestive (13 patients, 28 %), documentation d'une colite (11 patients, 23 %) et diagnostic de maladie du greffon contre l'hôte digestive (6 patients, 13 %).

Une chirurgie urgente a été nécessaire chez 35 (21 %) patients, des catécholamines chez 76 (46 %), de la ventilation mécanique (VM) chez 69 (42 %) et de l'épuration extra-rénale chez 40 (24 %). La durée médiane de séjour en réanimation était de 5 jours (IQR, 3-10) et la durée médiane d'hospitalisation de 33 jours (IQR, 20-55). La mortalité en réanimation était de 22 % et la MH de 35 %. L'analyse multivariée a identifié 4 facteurs associés à la MH : un score IGS II élevé, le recours à la VM, un antécédent d'allogreffe de cellules souches hématopoïétiques et l'absence d'infection documentée. Chez les patients neutropéniques, la résolution des symptômes à la sortie d'aplasie était la règle. Cependant, l'administration de G-CSF n'influait pas la MH (29 % vs 18 %, p=0, 5).

Conclusion : Les complications digestives graves du patient d'OH sont majoritairement d'origine infectieuse et dominées par l'ECN. Le scanner est la pierre angulaire de la prise en charge, permettant de sursoir à la chirurgie chez 62 % des patients malgré le choc ou l'irritation péritonéale.

FC033

Facteurs de risque de mortalité chez les patients cirrhotiques hospitalisés en réanimation médicale

C Chaignat¹, G Capellier¹, V Di-Martino², C Patry¹, JP Cervoni², G Piton¹

1. Réanimation médicale, CHU de Besançon, Besançon

2. Hépatologie, CHU de Besançon, Besançon

Introduction : Le pronostic des patients cirrhotiques admis en réanimation demeure sombre. Il convient donc d'identifier au mieux ceux pour lesquels une hospitalisation en réanimation sera bénéfique. L'objectif principal de cette étude a consisté à analyser les facteurs de risque de mortalité des cirrhotiques admis en réanimation médicale. Les objectifs secondaires ont été d'évaluer la valeur pronostique des scores existants et de créer un score pronostique local à l'admission en réanimation.

Patients et Méthodes : étude monocentrique rétrospective de janvier 2002 à mai 2014 ne prenant en compte que le 1^{er} séjour des patients cirrhotiques, hospitalisés de manière consécutive en réanimation médicale dans un CHRU. 170 variables cliniques et paracliniques ont été recueillies pour chaque patient.

Résultats : 218 patients ont été hospitalisés entre 2002 et 2014. L'âge médian était de 59 ans [51-67]. Il y avait 165 hommes (76 %) et l'alcool était la première cause de cirrhose (85 %). Nous retrouvons à l'admission un score médian Child-Pugh à 11 [IQR : 9-12], un score MELD à 28 [22-34], un score SOFA à 12 [9-15], un score SOFA modifié à 10 [7-12] et un score IGS II à 59 [45-72].

173 patients (79 %) ont eu recours à une ventilation mécanique dès leur entrée en réanimation. Durant le séjour, 196 patients (90 %) ont bénéficié d'une ventilation mécanique, 187 (86 %) d'un soutien en catécholamines et 112 (51 %) d'une épuration extra-rénale. La mortalité en réanimation était de 47 % (n=103), à 28 jours de 49 % (n=107), à 3 mois de 62, 5 % (n=130) et à 6 mois de 66 % (n=136).

La mise en place d'une ventilation mécanique, l'introduction de catécholamines et l'épuration extra-rénale au cours du séjour se sont révélées être des facteurs pronostiques de mortalité en réanimation médicale. Le score Delta SOFA prédit avec précision la mortalité en réanimation, à J28 et à 6 mois (AUC = 0, 94, AUC = 0, 89 et AUC = 0, 84 respectivement) comparativement aux autres scores.

En analyse multivariée, 3 variables sont indépendamment associées à la mortalité à J28. Ces variables ont été incluses dans un nouveau score pronostique à l'admission en réanimation. Il intègre le score SOFA < ou ≥ 12 (OR 4, 2 [2, 2-8, 0]) comptant pour 2 points, l'INR < ou ≥ 2, 6 (OR 2, 5 [1, 3-4, 7]) comptant pour 1 point, et l'indication d'épuration extra-rénale dès l'admission (OR 2, 3 [1, 1-5, 0]) comptant pour 1 point. Un score ≥ 3 points permet de prédire une mortalité de 93 % à 6 mois et un score égal à 4 est associé à une mortalité de 100 % à 3 mois (p < 0, 0001).

Conclusion : La mortalité des cirrhotiques en réanimation médicale dans notre centre semble similaire à celle des autres études. Elle est élevée puisque 66 % des patients décèdent à 6 mois. De nombreux scores généraux et spécifiques « foie » ont un intérêt avéré. Un score local à l'admission incluant le SOFA, l'INR et l'indication d'épuration extra-rénale semble permettre d'identifier les patients ayant le moins bon pronostic malgré leur admission en réanimation.

FC034

La fibroscopie digestive haute en milieu de réanimation médicale : caractéristiques épidémiologiques, endoscopiques et cliniques des patients

MT Slaoui, H Ezzouine, K Allali, A Benslama

Anesthesiology and intensive care department, university teaching hospital IBN Rochd-Casablanca, Casablanca, Maroc

Introduction : L'hémorragie digestive haute est une complication fréquente des ulcères de stress en milieu de réanimation. Cependant le diagnostic reste assez difficile si l'évolution est insidieuse sans retentissement hémodynamique immédiat. L'apport de la fibroscopie digestive est primordial diagnostique et thérapeutique. L'objectif de notre travail est de mettre le point sur les données de la fibroscopie digestive haute chez des patients hospitalisés en réanimation médicale ainsi que les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et des données de la fibroscopie œsogastroduodénale.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective descriptive dans le service de Réanimation médicale du CHU Ibn Rochd, pendant 13 mois (1^{er} Janvier 2013 au 31 janvier 2014). Les

critères d'inclusion sont tout patient ayant bénéficié au cours de son hospitalisation au service d'une fibroscopie digestive haute motivée par une symptomatologie clinique (hémorragie digestive haute) ou biologique (chute aiguë du taux d'hémoglobine). Les paramètres recueillis sont les caractéristiques épidémiologiques (âge, sexe, antécédents pathologiques), l'hémoglobine et les paramètres hémodynamiques du jour de la fibroscopie œsogastroduodénale, la quantité de culots globulaires transfusés dans les 48 heures précédentes, l'indication de la fibroscopie œsogastroduodénale, son résultat, ses complications ainsi que les actions thérapeutiques qui s'en sont suivies ont été relevés. Les résultats sont présentés en médiane et interquartile ou en effectif et pourcentage comme approprié.

Résultats : Pendant la période de l'étude, 26 patients ont bénéficié d'une fibroscopie œsogastroduodénale parmi 284 patients admis (9,2 %). Le délai de séjour médian avant la réalisation de la fibroscopie œsogastroduodénale était de 7 jours. Les indications de la fibroscopie œsogastroduodénale étaient respectivement les vomissements incoercibles (30 %), lors d'un bilan de déglobulisation (28 %), acidocétose diabétique associée à des hématoméses (11 %), hématoméses de grande abondance (10 %), des vomissements chroniques (8 %), ingestion de caustiques (7 %), intoxication médicamenteuse associée à des hématoméses (6 %). La fibroscopie œsogastroduodénale a conclu à l'aspect d'œsophagite avec pangastrite (46,1 %), ulcère bulbaire (15,3 %), un polype sessile (7,6 %), une gastrite antrale (11,5 %) et des varicosités antrales (3,8 %), un aspect normal (22 %).

Conclusion : Le recours à une fibroscopie œsogastroduodénale lors du séjour en réanimation est fréquent. Bien qu'elle soit associée à une certaine morbidité, la fibroscopie œsogastroduodénale conduit à un diagnostic dans 75 % des cas. La présence de vomissements répétés semble une bonne indication de fibroscopie œsogastroduodénale, le recours à la transfusion dans les 48 heures qui précèdent la fibroscopie œsogastroduodénale est un signe de gravité associé à la nécessité d'un geste d'hémostase.

FC035

Adéquation avec les recommandations de la prophylaxie médicamenteuse antiulcéreuse en réanimation

T Bourru¹, E Faucher², C Tourn¹, C Molinéro², N Genot², M Simon², T Baudry², V Jahandiez², R Hernu², M Cour², C Moch¹, C Pivot¹, L Argaud²

1. Pharmacie, Hospices Civils de Lyon - Groupement Hospitalier Édouard Herriot, Lyon

2. Réanimation médicale, Hospices Civils de Lyon - Groupement Hospitalier Édouard Herriot, Lyon

Introduction : L'utilisation des antiulcéreux pour prévenir l'ulcère de stress est fréquente en réanimation. L'objectif de l'étude a été d'évaluer l'adéquation des pratiques avec les recommandations françaises en vigueur.

Patients et Méthodes : Une étude observationnelle, portant sur l'ensemble des prescriptions médicamenteuses, a été conduite sur une période de deux mois dans un service de réanimation médicale. Les dossiers des patients admis pour hémorragie digestive, ayant séjourné moins de 24 heures en réanimation ou fait l'objet d'une procédure de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques actives ont été exclus de l'analyse. La recommandation formalisée d'experts SRLF 2012 « Prise en charge par le réanimateur des hémorragies digestives de l'adulte et de l'enfant » (Champ 5 : Prévention de l'hémorragie digestive haute en réanimation) a été utilisée comme référentiel pour évaluer la conformité des prescriptions de prophylaxie médicamenteuse antiulcéreuse.

Résultats : Les dossiers de 129 patients ont été étudiés : âge 61 ± 17 ans, durée de séjour 4 ± 2 jours, motif d'admission neurologique (34 %), respiratoire (33 %) et hémodynamique (22 %), mortalité 13 %. Les prescriptions de prophylaxie médicamenteuse antiulcéreuse n'étaient pas conformes aux recommandations chez 85 patients (66 %). En effet, une prophylaxie antiulcéreuse a été prescrite chez 103 patients (80 %), dont 56 (43 %) pour lesquels elle n'était pas indiquée. Elle n'était indiquée selon le référentiel que chez 51 patients (40 %) ; 4 d'entre eux (3 %) n'ont pas reçu ce traitement. Les autres causes de non-conformité aux recommandations étaient : la poursuite du traitement prophylactique à la sortie de réanimation chez 49 patients (38 %), une posologie non-conforme dans 27 cas (21 %) et un mauvais choix de molécule (1 %). De plus, la réévaluation des prescriptions à l'entrée dans le service a montré que, parmi les 34 patients (26 %) recevant un traitement antiulcéreux avant leur admission en réanimation, seuls 9 d'entre eux (26 %) avaient une indication justifiée. Un seul cas d'hémorragie digestive a été observé (ulcère gastrique) chez un patient ayant pourtant bénéficié d'une prophylaxie antiulcéreuse.

Conclusion : Ces résultats objectivent d'importants écarts entre la pratique et le référentiel en vigueur quant à la prescription d'une prophylaxie médicamenteuse antiulcéreuse en réanimation. La mise en place d'une procédure d'évaluation des pratiques professionnelles en collaboration avec les pharmaciens hospitaliers pourrait être une voie d'amélioration.