

Pathologie digestive

Digestive disease

© SRLF et Springer-Verlag France 2011

SP235

Place des échanges plasmatiques dans la prise en charge de la pancréatite aiguë hypertriglycéridémique (PAHTG) : enquête de pratique auprès des services de réanimation en Rhône-Alpes Auvergne

L. Liron¹, S. Ernesto², Q.-V. Lê¹, F. Salord¹, P. Gaussorgues¹

¹Service de réanimation polyvalente, clinique du Tonkin, Villeurbanne, France

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

Introduction : L'hypertriglycéridémie est une cause classique de pancréatite aiguë. Le recours aux échanges plasmatiques (EP) pour corriger rapidement l'hypertriglycéridémie est proposé à partir des résultats d'études rétrospectives. Le but de l'enquête est de préciser l'utilisation que réservent les réanimateurs de la région Rhône-Alpes Auvergne aux EP dans cette indication.

Matériels et méthodes : Après entretien téléphonique, seuls les services où la technique des EP se pratiquait étaient retenus pour l'envoi d'un questionnaire (34 centres). Les questions portaient sur la prise en charge des **pancréatites aiguës hypertriglycéridémiques (PAHTG)** (incidence, circonstances du diagnostic, thérapeutiques spécifiques), puis sur la place réservée aux EP et les modalités de leur réalisation.

Résultats : Vingt centres ont répondu au questionnaire. Trente-cinq pour cent d'entre eux n'ont jamais porté le diagnostic de PAHTG, 55 % le portent une fois par an et 10 % le portent, deux fois par an ou plus. Le dosage de la triglycéridémie était systématique, lors de la prise en charge d'une pancréatite aiguë dans 45 % des centres. Sinon, ce dosage était réalisé lorsque les causes les plus fréquentes de pancréatite étaient absentes (55 %) et/ou lorsque le sérum avait un aspect lactescent. Seuls huit centres (40 % des réponses) retenaient une indication pour les EP lors de la prise en charge thérapeutique d'une PAHTG. Parmi les utilisateurs des EP, cinq centres débutaient les EP sur des critères de gravité radiocliniques ou biologiques, tandis que six centres retenaient une valeur seuil de triglycéridémie : supérieure à 10 mmol/l pour un, supérieure à 20 mmol/l pour deux, supérieure à 40 mmol/l pour trois. Les EP étaient débutés le plus souvent (95 %) dans les 24 heures après le diagnostic. Le nombre de séances était compris le plus souvent entre un et trois. Deux critères étaient utilisés pour la poursuite des EP : la sévérité initiale de la PAHTG pour deux centres (25 %) et la valeur de la triglycéridémie à l'issue de la première séance d'EP pour six centres (75 %). Un utilisateur se basait sur la disparition de la symptomatologie douloureuse pour interrompre les EP. Les liquides de substitution des EP faisaient appel à de l'albumine, à un hydroxyéthylamidon, à une association albumine et plasma frais congelé. Les séances d'EP faisaient l'objet d'une déclaration auprès du Registre national des EP pour 62 % des utilisateurs. D'autres thérapeutiques de l'hypertriglycéridémie étaient proposées dans 15 % des réponses, parmi lesquelles l'insulinothérapie et l'héparinothérapie intraveineuse. Quatre-vingts

pour cent des centres répondeurs se disent prêts à participer à une étude multicentrique pour déterminer la place des EP dans cette indication.

Discussion : Cette enquête révèle l'hétérogénéité des attitudes vis-à-vis des EP dans la PAHTG. Les réanimateurs convaincus justifient l'utilisation de la technique par la normalisation spectaculaire de l'hypertriglycéridémie qui pourrait arrêter la progression de la pancréatite. Cet argument doit être mis en balance avec la potentielle iatrogénie du recours à une technique invasive.

Conclusion : Sur la base d'un recrutement régional, on propose la réalisation d'une étude prospective multicentrique, afin de préciser le rôle que pourraient tenir les EP dans le traitement de la PAHTG.

SP236

Facteurs pronostiques des pancréatites aiguës graves

Y. Qamouss¹, Y. Aissaoui², K. Filali¹, M. Boughalem¹

¹Service de réanimation, hôpital militaire Avicenne, Marrakech, Maroc

²Service de réanimation chirurgicale, hôpital militaire Avicenne, Marrakech, Maroc

Introduction : L'objectif de cette étude est d'analyser de manière descriptive l'aspect épidémiologique, clinique, radiologique et évolutif des pancréatites aiguës graves (PAG) et ainsi de déterminer ses facteurs pronostiques.

Matériels et méthodes : C'est une étude rétrospective basée sur les données disponibles dans les dossiers médicaux ; ayant porté sur 203 observations de PAG recueillies de janvier 2001 à juillet 2010. Ont été retenues dans la présente étude des cas de pancréatite aiguë (PA) jugée graves sur : 1) défaillance viscérale ; 2) scores biocliniques : Ranson supérieur à 3/Apache 2 supérieur à 8 ; 3) étendue de la nécrose supérieure à 30 % et/ou le stade D-E de Balthazar.

Résultats : Deux cent trois patients ont été pris en charge en réanimation : 1) sur le plan épidémiologique : l'âge moyen 45 ans \pm 19 ; 2) sur le plan étiologique : l'étiologie biliaire prédominante (69 %) ; 3) sur le plan clinique : la douleur (85 %), les vomissements (60 %), les détresses viscérales sont hémodynamique (36 %), respiratoire (38 %) et neurologique (26 %) ; 4) sur le plan radiologique : l'épanchement pleural (43 %), la lithiase vésiculaire (69 %), le stade D-E de Balthazar (81 %) ; 5) sur le plan biologique : l'hyperglycémie (65 %), l'hyperamylasémie (70 %). Les indices de gravité évalués sont : score de Ranson supérieur à 3 (60 %), score d'Imrie supérieur à 3 (67 %), IGS supérieur à 6 (47 %), score OSF supérieur à 1 (65 %) ainsi que l'association des trois scores (score de Ranson > 3, IGS > 6 et OSF > 1) chez un même patient (70 %). Le traitement des PAG a été essentiellement symptomatique, et l'évolution marquée par une mortalité de 42,65 % d'origine surtout infectieuse (82 %).

Conclusion : La mortalité globale dans notre étude (42 %) reste élevée et peut être expliquée par la nature de recrutement des malades, par la

survenue précoce des complications infectieuses (82 %). Le sexe féminin, la survenue de détresse hémodynamique ou respiratoire, la durée d'hospitalisation, la survenue d'infection et l'évaluation des scores de gravité représentent les principaux facteurs pronostiques. L'association des scores de gravité peut être pertinente dans l'évaluation de la gravité des PA, tel que le prouve notre étude (70 %).

SP237

Mortalité des pancréatites aiguës graves

H. Benaddi, A. Haouadar, M.A. Bouhouri, D. Hammoudi, R. Alharrar, M.A. Bouderkha, A. Bouaggad, A. Harti
Service de réanimation des urgences chirurgicales, CHU Ibn-Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction : Les pancréatites aiguës nécrotico-hémorragiques sont de pronostic redoutable par leurs complications tardives notamment infectieuses.

Matériels et méthodes : Étude rétrospective incluant 102 patients présentant une pancréatite aiguë grave : score de Ranson supérieur à 3 (58 %), score d'Imrie supérieur à 3 (66 %), IGS supérieur ou égal à 6 (47 %), score OSF supérieur ou égal à 1 (70 %), stade E de Balthazar (50 %).

Résultats : L'âge moyen des patients était de 52 ans, et l'étiologie biliaire prédominait dans 81 % des cas. L'évolution a été favorable chez 63 patients (soit 62 % des cas), et la durée d'hospitalisation moyenne était de 17 jours (7 à 21 jours). L'évolution a été compliquée de décès dans 38 % des cas, essentiellement d'origine infectieuse : choc septique dans 16 cas (41 %), sepsis grave dans 14 cas (36 %) et défaillance d'organe dans neuf cas (24 %). Les facteurs pronostiques relevés de cette étude sont : le sexe féminin ($p = 0,0004$), la présence d'une détresse hémodynamique ($p = 0,000005$), respiratoire ($p < 0,0000001$), le score de Ranson supérieur à 3 ($p = 0,000005$), le score d'Imrie supérieur à 3 ($p = 0,02$), l'OSF supérieur à 1 ($p = 0,0001$), l'infection ($p < 0,0000001$), la durée d'hospitalisation supérieure à dix jours ($p = 0,002$), un taux de CRP supérieur à 150 mg à la 48^e heure.

Conclusion : L'infection au cours des pancréatites aiguës graves est égale à une mortalité probable, d'où l'intérêt d'un traitement agressif des épisodes infectieux.

SP238

Évaluation de la précision du monitoring continu et non invasif de l'hémoglobine par oxymétrie pulsée (Radical 7-Masimo®) à la phase aiguë des hémorragies digestives en réanimation

J. Coquin, M. Caujolle, R. Tellier, A. Dewitte, C. Fleureau, A. Ouattara, G. Janvier
Service d'anesthésie-réanimation-II, CHU de Bordeaux, hôpital Haut-Lévêque, Pessac, France

Introduction : Lors de la prise en charge des hémorragies digestives (HD), de nombreuses décisions thérapeutiques reposent sur le dosage de l'hémoglobine et sur son évolution au cours du temps. Récemment, une nouvelle technique continue et non invasive de monitoring de l'hémoglobine à partir de l'oxymétrie de pouls (SpHb) a été développée (Radical 7-Masimo®). L'objectif de cette étude observationnelle prospective était de comparer les valeurs de SpHb à celles de l'oxymétrie de laboratoire obtenue à partir d'un prélèvement veineux chez des patients hospitalisés en réanimation pour HD aiguë et d'évaluer sa précision par rapport à la mesure de l'hémoglobine par lecteur portable (Hemocue®).

Matériels et méthodes : De décembre 2009 à mars 2010 et après accord du CPP, 25 patients hospitalisés en réanimation dans les 12 heures après extériorisation d'une HD ont été inclus. Après consentement, un capteur d'oxymétrie pulsée était positionné à l'index du patient et était relié au moniteur Radical 7-Masimo® (v.7.6.0.1), afin d'obtenir les valeurs de SpHb et de l'index de perfusion (IP). De façon concomitante, une hémoglobine veineuse (vHb) était dosée au laboratoire (automate LH, Deckman Coulter) ainsi qu'une hémoglobine estimée par lecteur portable Hemocue® (cHb). Une étude de corrélation par coefficient de Spearman entre SpHb et vHb d'une part et, cHb et vHb d'autre part, ainsi qu'une analyse de concordance selon la méthode de Bland et Altman ont été effectuées. Un pourcentage d'erreur, calculé selon la méthode de Critchley et Critchley, était considéré comme acceptable si inférieur à 30 %. Les résultats sont exprimés en moyenne [extrêmes].

Résultats : Parmi les 25 patients inclus, 17 ont présenté une HD haute et 12 une HD basse. Douze sur 25 étaient traités par anticoagulants ou antiagrégants plaquettaires. Dix-neuf patients ont bénéficié d'une transfusion d'au moins deux concentrés érythrocytaires [2–36]. Six ont reçu de la noradrénaline à faible dose ($< 0,2 \mu\text{g/kg}$ par minute). Au total, 99 dosages de vHb, 79 mesures de SpHb et 81 valeurs de cHb ont été recueillies. Les moyennes étaient respectivement de 10,3 [6,7–16,2] g/dl ; 9,55 [6–14] g/dl et 9,92 [5,3–15,4] g/dl. L'IP moyen était de 2,32 [0–8,6]. À 20 reprises, SpHb n'a pas pu être recueillie faute de signal interprétable, le plus souvent lors des hémorragies les plus graves (IP $< 0,5$ dans 18/20 cas). Il existait une corrélation statistique entre vHb et SpHb (0,46 ; $n = 79$; $p = 0,0001$) ainsi qu'entre vHb et cHb (0,81 ; $n = 81$; $p < 0,0001$). En revanche, l'analyse de concordance retrouvait un biais moyen de 1,0 g/dl avec des limites de concordance de [-2,7 à +4,6] g/dl et un pourcentage d'erreur à 37 % pour SpHb, et ce, quel que soit l'IP. Pour cHb, le biais moyen était de 0,4 g/dl avec des limites de concordance de [-1,7 à +2,5] et un pourcentage d'erreur acceptable de 21 %.

Discussion : Malgré une corrélation satisfaisante, la précision de SpHb reste insuffisante pour pouvoir la substituer au prélèvement sanguin dans cette population de patients hémorragiques. L'altération fréquente de la perfusion en rapport avec une probable vasoconstriction périphérique chez ces patients pourrait expliquer cette divergence. À l'inverse, nos résultats confirment la fiabilité de la mesure par Hemocue®.

Conclusion : À ce jour, le monitoring de l'hémoglobine par oxymétrie pulsée apparaît insuffisamment précis pour la prise en charge des HD.

SP239

Incidence and prognosis of intra-abdominal hypertension in severely burned patients

M. Malbrain, A. Jacobs, K. Van de Vijver, N. Van Regenmortel, I. de Laet, K. Schoonheydt, H. Dits
Intensive Care Unit, Zna Stuivenberg, Antwerpen, Belgique

Introduction: Burn patients are at high risk for secondary intra-abdominal hypertension (IAH) and abdominal compartment syndrome (ACS) due to capillary leak and massive fluid resuscitation (1–2). The aim was to examine the incidence of IAH and ACS and their relation to outcome in mechanically ventilated (MV) burn patients.

Patients and methods: Prospective observational study of all MV burn pts from april 2007–decembre 2009. The lowest (IAPlow) and highest IAP (IAPhigh), lowest abdominal perfusion pressure (APP = MAP–IAP) were recorded on each day together with SOFA score, capillary leak index (CLI = CRP/albumin), daily and cumulative fluid balance. PiCCO parameters were also obtained in 21 patients. Mean and maximal IAP during stay were calculated. Primary endpoint was ICU mortality.

Resultats: Fifty-five patients were studied. Age 43.1 ± 25.9 years, weight 68.6 ± 28.2 kg, BMI 24.5 ± 6.3 . SAPS II score 43.4 ± 15.1 , SOFA 6.4 ± 3.4 . TBSA burned was $25.2 \pm 24.7\%$, 33 pts also had inhalation injury. IAPlow was 7.2 ± 2.7 , IAPhigh was 9.9 ± 3 and APPlow was 50.5 ± 9.4 mmHg on admission. IAPmean was 9.7 ± 3.2 , IAPmax was 15.7 ± 5.2 during stay. ICU stay was 24.8 ± 28.6 . Intra-abdominal hypertension (IAH), defined as a sustained IAP > 12 mmHg was present in 41 (74.5%) and 11 (20%) had ACS. Pts with ACS had higher TBSA burned (39.6 ± 26.4 vs $21.7 \pm 23.6\%$, $P = 0.03$) and higher cumulative fluid balance (11.4 ± 15.8 l vs 4.3 ± 3.6 l, $P = 0.08$). TBSA burned correlated well with IAPmean ($R = 0.34$, $P = 0.01$). Mortality was high: 16 (29.1%) pts died. In univariate analysis SAPS II, APACHE II, %TBSA burned, % 3rd degree burns, IAP (low, high, mean and max), CLI, EVLWi (mean and max), PEEP, Pplat, total fluid intake, daily and cumulative fluid balance were all significantly higher in nonsurvivors while APFlow and albumin were significantly lower (Table). Most patients received more fluids than calculated by Parkland formula (7 ± 7.5 ml/kg*%TBSA). Interestingly, nonsurvivors received less (3.9 ± 4.1 vs 8.3 ± 8.2 ml/kg*%TBSA). Gastric decompression, ascites drainage and the implementation of a stool protocol with rectal enemas (18 interventions in 12 pts) was able to remove 2.2 ± 1.3 l of body fluids and this was related to a significant decrease in IAP and CVP and an improvement in oxygenation and urine output (Table).

Conclusion: Based on our preliminary results we conclude that IAH and ACS are more prevalent in MV burn patients compared to other groups of critically ill patients. The %TBSA burned correlates with mean IAP. The combination of high CLI, positive (daily and cumulative) fluid balance, high IAP, high EVLWi and low APP correlate with poor outcome. Non surgical interventions like gastric suctioning, paracentesis and rectal enemas can lower IAP, CVP and can improve endorgan function. Future studies should focus at a bi-modal fluid resuscitation with colloids rather than crystalloids.

References

- Oda J, Ueyama M, Yamashita K, et al (2006) Hypertonic lactated saline resuscitation reduces the risk of abdominal compartment syndrome in severely burned patients. *J Trauma* 60:64–71
- Oda J, Yamashita K, Inoue T, et al (2006) Resuscitation fluid volume and abdominal compartment syndrome in patients with major burns. *Burns* 32:151–4

SP240

De l'air dans le foie ? Pensez au cathéter veineux fémoral !

A. Galbois¹, J. Cazejust², L. Arrivé², J.-L. Baudel¹, H. Ait-Oufella¹, D. Margetis¹, G. Offenstadt¹, B. Guidet¹, E. Maury¹

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

²Service d'imagerie médicale, CHU Saint-Antoine, Paris, France

Introduction : Les réanimateurs ont de plus en plus souvent recours au scanner abdominal chez les malades présentant un état de choc. La découverte d'air dans le foie correspond généralement à une aérobie ou à une aéroportie. Le réanimateur, le radiologue et le chirurgien sont alors confrontés à un véritable challenge diagnostique, car ces deux entités peuvent être le reflet de pathologies aiguës graves pouvant être la cause d'un état de choc [1]. Cependant, la présence d'air dans les veines sus-hépatiques (aéroveinie) a été décrite chez un patient porteur d'un cathéter de dialyse en position fémorale [2]. Cette entité mal connue et sans aucune gravité ni conséquence thérapeutique peut constituer un piège diagnostique, voire entraîner une laparotomie inutile.

Patients et méthodes : Les buts de ce travail étaient : 1) de préciser l'incidence de l'aéroveinie chez les malades de réanimation médicale bénéficiant d'un scanner abdominal ; 2) d'évaluer chez ces patients l'incidence de l'aéroveinie en présence d'un cathéter veineux fémoral. Il

s'agit d'une étude monocentrique rétrospective menée dans un service de réanimation médicale de 15 lits. Tous les scanners abdominaux demandés par le service pendant une période de deux ans (2008 à 2010) ont été relus sur le système informatique (PACS) de manière indépendante par un réanimateur et un radiologue. En cas de discordance, une nouvelle interprétation était réalisée en présence d'un radiologue référent jusqu'à obtention d'un accord. La présence d'air dans le foie et sa localisation étaient analysées grâce à la reconstruction multiplanaire en coupes millimétriques. Les scanners où la présence d'air était en rapport avec un abcès hépatique ou de la nécrose tumorale ont été exclus.

Résultats : Durant cette période, 2 118 patients ont été admis, 235 scanners abdominaux ont été réalisés chez 207 patients (âge : 65 ± 16 ans ; admission pour choc (51 %), détresse respiratoire (27 %), coma (11 %), insuffisance rénale (11 %) ; mortalité : 38 % ; durée de séjour : 9 ± 9 jours). La présence d'air dans le foie était notée à 24 reprises (10 %). L'aéroveinie en était la cause la plus fréquente (12/24), devant l'aérobie ($n = 10$) et l'aéroportie ($n = 2$). L'aéroveinie était observée chez 14 % (12/83) des patients porteurs d'un cathéter veineux fémoral et jamais en l'absence de celui-ci (Tableau 1). En cas d'aéroveinie, la présence d'air dans d'autres vaisseaux du système cave inférieur était observée dans cinq cas sur 12 (42 %) [veine cave inférieure : deux, veine rénale : deux, veine iliaque : un].

Tableau 1

		Cathéter veineux fémoral		Total
		Oui	Non	
Aéroveinie	Oui	12	0	12
	Non	71	152	223
Total		83	152	235

Conclusion : La présence d'air dans les veines sus-hépatiques est la cause la plus fréquente d'air dans le foie chez les patients de réanimation médicale. L'air est vraisemblablement lié à l'insertion ou à la manipulation du cathéter veineux fémoral. Cette entité, sans aucune gravité, doit être connue des réanimateurs et des radiologues, afin d'éviter toute confusion avec l'aérobie ou l'aéroportie. Pour la reconnaître, la reconstruction multiplanaire en coupes millimétriques et la recherche d'air dans d'autres vaisseaux du système cave inférieur sont utiles.

Références

- Hoddick W, Jeffrey RB, Federle MP (1982) CT differentiation of portal venous air from biliary tract air. *J Comput Assist Tomogr* 6:633–4
- Marin B, Chouvy V, Denier M, et al (2002) [Gas in hepatic veins associated with tunneled femoral hemodialysis catheter]. *J Radiol* 83:47–8

SP241

Suppléance hépatique par la dialyse MARS : données de tolérance sur l'état circulatoire et la coagulation

C. Camus¹, A. Le Ridou², A. Gros¹, L. Chimot¹, A. Gacouin¹, S. Lavoue¹, S. Marque¹, Y. Le Tulzo¹

¹Service de réanimation médicale et maladies infectieuses, CHU de Rennes, hôpital Pontchaillou, Rennes, France

²Pharmacie, CHU de Rennes, hôpital Pontchaillou, Rennes, France

Objectif : Étudier la tolérance circulatoire et la coagulation au cours de séances de dialyse MARS couplées à un générateur d'hémodialyse (Gambro).

Matériels et méthodes : Analyse rétrospective de toutes les séances réalisées à Rennes entre août 2000 et août 2009. Cent deux patients ont

reçu 267 séances pour suppléance d'une insuffisance hépatique aiguë (IHA, 161), chronique (IHC, 68), postopératoire (PO, 29) ou autre (A, 9). Les variables quantitatives ont été exprimées par la médiane et comparées par tests non paramétriques ou Anova pour mesures répétées à plusieurs facteurs selon les cas. Les facteurs de risques de CIVD secondaire ont été étudiés par régression logistique.

Résultats : Cinquante pour cent des patients ont été inscrits sur liste de greffe hépatique, 35 % ont été transplantés et 34 % sont décédés en réanimation. Le nombre de séances par patient différait selon l'étiologie (IHA, deux ; IHC, trois ; PO, trois ; A, une ; $p = 0,004$). Après séance (vs avant), on notait une élévation de la température (37,0 vs 36,8 °C ; $p < 0,001$) et de la fréquence cardiaque (101 vs 98 bpm, $p = 0,004$). La pression artérielle moyenne (PAM) diminuait en cours de séance (PAM minimum pendant : 73 mmHg vs PAM début : 83 mmHg ; $p < 0,001$) et augmentait en fin de séance (88 mmHg vs début ; $p < 0,001$). Cent huit séances (40 %) ont nécessité une expansion volémique (EV). La PAM était plus élevée en l'absence d'EV ($p < 0,001$) et dans l'IHA (vs IHC, $p = 0,003$; vs PO, $p = 0,007$). Après séance (vs avant), on a observé une diminution du fibrinogène (1,36 vs 1,54 g/l ; $p < 0,001$), des plaquettes (57 vs 70 G/l ; $p < 0,001$), une élévation des D-dimères (10,8 vs 8,0 mg/l ; $p = 0,009$, 60 séances) mais pas de variation significative du TP (27 vs 26 %), du facteur V (27 vs 28 %) ou de l'INR (3,38 vs 3,53). Les complexes solubles se sont élevés au cours de 35/175 séances (20 %). Des produits sanguins labiles ont été transfusés avant, pendant ou après séance avec la fréquence suivante : PFC (42 %), CP (24 %), CE (28 %). Les valeurs de TP, du facteur V, du fibrinogène étaient constamment plus basses et d'INR plus élevées en cas d'apport de PFC. Quatre-vingt-dix-sept effets secondaires cliniques ont été rapportés au cours de 88 séances (33 %), sans différence en fréquence selon l'étiologie ($p = 0,67$) : hypotension artérielle (58 [22 %]), coagulation du circuit (20

[7 %]), hémorragie (sept [3 %]), arrêt cardiaque (trois [1 %]), problème technique (quatre [1 %]), autre (cinq [2 %]). Aucun décès n'a été attribué directement à la procédure. Seize patients (16 %) présentaient une CIVD avant la première séance. Pour les 86 autres, une CIVD secondaire est survenue au décours de 20/218 séances (9 %). L'existence de D-dimères supérieurs à 16 mg/l avant séance était un facteur de risque de CIVD secondaire en univarié (OR = 15 [4–56]), mais non retenu pour l'analyse multivariée du fait du nombre restreint d'observations ($n = 95$). Parmi les autres facteurs de risque univariés (PAM, température, plaquettes, TP, fibrinogène $\leq 1,18$ g/l avant séance, dose d'héparine, étiologie), le fibrinogène inférieur ou égal à 1,18 g/l avant séance était l'unique facteur de risque significatif en analyse multivariée (OR = 5,08 [1,62–15,87] ; $p = 0,005$) et également dans le sous-groupe des séances pour IHA (OR = 5,05 [1,52–16,67] ; $p = 0,008$).

Conclusion : La dialyse MARS est associée à une variation de la pression artérielle en cours de séance, une baisse des plaquettes, du fibrinogène et une élévation des D-dimères, avec une tolérance clinique très acceptable. Dans notre étude, un fibrinogène très abaissé ($< 1,2$ g/l) avant séance et des D-dimères très élevés (> 16 mg/l) représentent les deux principaux risques de CIVD secondaire.

Références

1. Bachli EB, Schuepbach RA, Maggiorini M, et al (2007) Artificial liver support with the molecular adsorbent recirculating system: activation of coagulation and bleeding complications. *Liver Int* 27:475–84
2. Manns MP, Woynarowski M, Kreisel W, et al (2008) Budesonide 3 mg bid in combination with azathioprine as maintenance treatment of autoimmune hepatitis - final results of a large multicenter international trial. *Hepatology* 48:376A–377A