

Infections inhabituelles

Unusual infections

© SRLF et Springer-Verlag France 2011

SO096

Y a-t-il une place pour la corticothérapie dans le traitement des leptospiroses graves ? (Étude randomisée en double insu)

Is there a place for corticosteroids in the treatment of severe leptospirosis? (Randomized double-blind study)

H. Sbai

Anesthésie réanimation A4, CHU Hassan II, Fès, Maroc

Introduction : La leptospirose est une zoonose causée par des spirochètes du genre *Leptospira*. Il a été récemment prouvé que la gravité de cette affection est essentiellement attribuée au développement d'une réaction inflammatoire — de type humorale — virulente entre le spirochète et l'hôte.

Objectif : Déterminer l'impact d'une corticothérapie à dose immunosuppressive sur l'évolution clinique et biologique des formes graves de leptospirose.

Patients et méthodes : Étude randomisée en double aveugle effectuée chez tous les patients admis au CHU Hassan II pour leptospirose grave depuis juillet 2010. Un groupe a reçu un traitement à base de méthylprednisolone, 1 g par voie intraveineuse, pendant les trois premiers jours de son hospitalisation, tandis que le second groupe a reçu un placebo à base de 10 ml de sérum physiologique pendant 3 jours. L'accord éclairé de tous les patients a été obtenu. Les données cliniques, radiologiques, biologiques, thérapeutiques et évolutives des deux groupes ont été comparées et analysées par le logiciel ÉpiInfo®.

Résultats : Cinquante et un cas ont été inclus dans cette étude. Vingt-cinq patients ont reçu un traitement corticoïde (groupe A) et 26 ayant reçu un placebo (groupe B). Le sex-ratio était de 22 hommes/3 femmes pour le groupe A versus 24 hommes/2 femmes pour le groupe B. L'âge moyen était de 35 ans (31 ans dans le groupe A et 39 ans dans le groupe B). Le délai d'admission moyen était de 7 jours (2–15 jours). Le score IGS II était de 34 dans le groupe A vs 39 dans le groupe B. La durée moyenne d'hospitalisation était de 7 jours pour le groupe A vs dix jours pour le groupe B. La durée de rémission chez les survivants des deux groupes était identique. L'atteinte respiratoire était observée dans 57 % dans le groupe A vs 52 % dans le groupe B. Le recours à la ventilation artificielle était nécessaire dans 35 % des cas dans le groupe A vs 70 % dans le groupe B. Une pneumopathie acquise sous ventilation artificielle a été observée dans 17 % pour le groupe A vs 65 % pour le groupe B. L'insuffisance rénale était observée chez tous les patients. L'hémodialyse était nécessaire dans 45 % des cas dans le groupe B vs 10 % dans le groupe A. L'usage des drogues vaso-inotropes était nécessaire dans 45 % dans le groupe A vs 78 % dans le groupe B. La thrombopénie était en moyenne à $45\,000 \pm 11\,000/\text{mm}^3$ dans le groupe A vs $52\,000 \pm 14\,000/\text{mm}^3$ dans le groupe B. La mortalité dans le groupe A était de 11 contre 39 % dans le groupe B.

Discussion : Même si la corrélation entre l'importance de la réponse inflammatoire et la gravité de la leptospirose a été faite, peu d'études

se sont intéressées à l'impact des corticoïdes dans cette affection. En 2006, Shenoy et al. avaient montré, à travers une étude non contrôlée et non randomisée une baisse de la mortalité et moins de complications dans le groupe corticothérapie. Des essais ponctuels de traitements par plasmaphèreses et immunoglobulines intraveineuses auraient également montré un bénéfice.

Conclusion : Dans notre étude, globalement, on a pu distinguer deux formes de leptospirose grave : les formes avec une atteinte pulmonaire à l'admission dont le pronostic est sévère et les formes non pulmonaires avec un bon pronostic. L'évolution est plus favorable et la mortalité plus basse chez les patients ayant reçu une corticothérapie, mais de manière non significative sur le plan épidémiologique. Jusque-là, la place des traitements immunomodulateurs n'est pas encore bien définie au cours de la leptospirose. Des études avec de plus larges échantillons devraient évaluer et comparer leur efficacité.

Bibliographie

Meandre E, Asencio Y, Moncriol A, et al (2008) Immunomodulation in severe leptospirosis with multiple organ failure: plasma exchange, intravenous immunoglobulin or corticosteroids. *Ann Fr Anesth Reanim* 27:172–6

Shenoy VV, Nagar VS, Chowdhury AA, et al (2006) Pulmonary leptospirosis: an excellent response to bolus methylprednisolone. *Postgrad Med J* 82:602–6

SO097

Paludisme grave d'importation de l'adulte : étude prospective multicentrique clinique et physiopathologique

F. Bruneel¹, F. Tubach², J.-P. Mira³, M.G. Huisse⁴, S. Houzé⁵, A. Kalloumeh⁶, S. Gibot⁷, R. Durand⁸, J. Le Bras⁵, C. Rousseau⁹, F. Massin¹⁰, V. Ollivier¹¹, C. Roy², I. Hoffmann², C. Choquet¹², B. Megarbane¹³, S. Matheron¹⁴, M. Wolff¹⁵

¹Service de réanimation médico-chirurgicale, centre hospitalier de Versailles, site André-Mignot, Le Chesnay, France

²Département d'épidémiologie, biostatistique et recherche clinique, Institut national de la santé et de la recherche clinique, Cie 801, CHU Bichat–Claude-Bernard, Paris, France

³Service de réanimation médicale,

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

⁴Laboratoire d'hématologie, CHU Bichat–Claude-Bernard, Paris, France

⁵Laboratoire de parasitologie, centre national de référence du paludisme, CHU Bichat–Claude-Bernard, Paris, France

⁶Laboratoire de biochimie, CHU Bichat–Claude-Bernard, Paris, France

⁷Service de réanimation médicale, CHU de Nancy, hôpital Central, Nancy, France

⁸Laboratoire de parasitologie, CHU Avicenne, Bobigny, France

⁹Inserm U1016, département biologie cellulaire et interactions hôtes pathogènes, institut Cochin, CHU Cochin, Saint-Vincent-de-Paul, site Cochin, Paris, France

¹⁰Laboratoire d'immunologie, CHU de Nancy, Nancy, France

¹¹Inserm U698, CHU Bichat, Claude-Bernard, Paris, France

¹²Service d'accueil des urgences, CHU Bichat, Claude-Bernard, Paris, France

¹³Service de réanimation médicale et toxicologique, CHU Lariboisière, Paris, France

¹⁴Service de maladies infectieuses et tropicales, CHU Bichat, Claude-Bernard, Paris, France

¹⁵Service de réanimation médicale et infectieuse, CHU Bichat, Claude-Bernard, Paris, France

Introduction : Dans notre population, les facteurs physiopathologiques qui contribuent à la gravité du paludisme d'importation sont très mal connus. Le but principal de cette étude était donc d'explorer les caractéristiques physiopathologiques du paludisme grave d'importation de l'adulte.

Patients et méthodes : Étude prospective multicentrique observationnelle réalisée en France métropolitaine de novembre 2006 à mars 2010 dans 49 services de réanimation (inclusions des accès palustres graves) et 22 services de médecine/maladies infectieuses (inclusions des accès palustres simples). Le paludisme grave était défini selon la définition 2000 (modifiée) de l'Organisation mondiale de la santé. Les données étaient recueillies dans un dossier standardisé. Les explorations physiopathologiques spécifiques étaient réalisées dans cinq laboratoires de référence à partir de prélèvements sanguins dédiés. Les données sont décrites en effectif, pourcentage, moyenne \pm écart type ou médiane avec interquartiles. Les groupes accès palustre grave (APG) et accès palustre simple (APS) ont été comparés en analyse univariée avec stratification sur l'ethnie. Étude soutenue par l'AP-HP/DRRC (n° P051063).

Résultats : Au total, 160 APG et 143 APS adultes ont été inclus ; 155 APG (exclus = 5) et 140 APS (exclus = 3) ont été retenus pour l'étude clinique, et 147 APG et 135 APS ont eu des explorations physiopathologiques spécifiques. À l'admission, les patients APG étaient plus âgés (44 ± 14 vs 39 ± 12 ans ; $p = 0,004$), avaient plus de comorbidités (16 vs 5 % ; $p = 0,0064$), et étaient plus graves cliniquement, biologiquement, et en termes de parasitémie ($10,3$ vs $1,6$ % ; $p < 0,0001$). La mortalité hospitalière était de 5 % ($n = 7$) dans le groupe APG vs 0 % dans le groupe APS. Les données physiopathologiques pertinentes sont décrites ci-dessous (APG vs APS) : 1) Procalcitonine plasmatique (ng/ml) : $14,6$ [$4,5-33,5$] vs $1,5$ [$0,7-5,0$] ($p < 0,0001$). 2) Albuminémie (g/l) : $25,0$ [$21,8-29,2$] vs $33,0$ [$28,5-37,1$] ($p < 0,0001$) ; 3) *C reactive protein* (CRP) plasmatique (mg/l) : 156 [$105-210$] vs 126 [$81-180$] ($p = 0,0015$) ; 4) *Triggering receptor expressed on myeloid cells (sTREM)* soluble plasmatique (pg/ml) : 182 [$113-294$] vs 34 [$33-79$] ($p < 0,0001$) ; 5) Interleukin-2 plasmatique (pg/ml) : $3,2 \pm 10,3$ vs $8,8 \pm 26,2$ ($p = 0,035$) ; 6) *Macrophage migration inhibitory factor* (MIF) plasmatique (pg/ml) : $1\ 511$ [$681-4\ 331$] vs 842 [$533-1\ 410$] ($p < 0,0001$) ; 7) Microparticules (MP) monocytaires (μ l plasma) : 16 [$0-51$] vs 2 [$0-17$] ($p < 0,0001$) ; 8) MP dérivées des neutrophiles (μ l plasma) : 84 [$32-157$] vs 54 [$22-143$] ($p = 0,0016$) ; 9) MP plaquet-taires (μ l plasma) : 162 [$68-381$] vs 319 [$166-852$] ($p = 0,0039$) ; 10) Facteur tissulaire plasmatique (fM/1 000 MP) : $53,2$ [$11,4-177,0$] vs $11,6$ [$0,3-42,5$] ($p = 0,0013$) ; 11) *Histidin rich protein2* plasmatique d'origine parasitaire (index) : $0,98$ [$0,94-1,03$] vs $0,89$ [$0,41-0,97$] ($p < 0,0001$). Les autres cytokines dosées (IL-1b/IL-4/IFN γ /TNF/IL-10/IL-1a), les autres microparticules évaluées notamment d'origine endothéliale, les électrophorèses de l'hémoglobine, et les autres données parasitologiques (nombre de clones par patient, résistances aux antipaludiques), ne différaient pas entre les deux groupes. Enfin, l'étude des polymorphismes génétiques des patients dans les deux groupes est en cours d'analyse.

Discussion : Comme attendu, les patients APG sont plus graves que les patients APS. Néanmoins la mortalité du groupe APG est plus basse qu'habituellement. Les données physiopathologiques suggèrent que durant le paludisme grave d'importation (en comparaison avec le paludisme simple) il existe : 1) une réaction inflammatoire plus intense ; 2) une activation monocyttaire importante responsable d'une augmentation du facteur tissulaire ; 3) une biomasse parasitaire totale plus élevée. En revanche, certains éléments mis en évidence au cours du paludisme grave en zone d'endémie (augmentation du TNF ou des MP endothéliales), n'ont pas été retrouvés dans notre population.

Conclusion : Au cours du paludisme d'importation, une approche combinant les données cliniques, biologiques et physiopathologiques pourrait contribuer à améliorer l'évaluation de la gravité.

SO098

Évaluation du « Candida score » chez les patients de réanimation en sepsis sévère ou en état de choc septique

G. Leroy¹, F. Lambiotte², D. Thevenin³, C. Lemaire⁴, E. Parmentier-Decrucq⁵, P. Devos⁶, O. Leroy¹

¹Service de réanimation médicale et infectieuse, centre hospitalier de Tourcoing, Tourcoing, France

²Service de réanimation polyvalente, centre hospitalier de Sambre-Avesnois, Maubeuge, France

³Service de réanimation polyvalente, centre hospitalier de Lens, Lens, France

⁴Service de réanimation médicale, centre hospitalier de Roubaix, Roubaix, France

⁵Service de réanimation médicale et de médecine hyperbare, CHRU de Lille, hôpital Calmette, Lille, France

⁶Département de biostatistiques, CHRU de Lille, Lille, France

Introduction : Le pronostic des candidoses invasives est amélioré par un traitement antifongique précoce. Néanmoins les critères d'introduction d'un traitement antifongique probabiliste chez les patients de réanimation restent mal définis. Des scores tels que le « Candida score » (CS) pourraient permettre de différencier les patients qui tireraient bénéfice d'un traitement antifongique précoce de ceux chez qui une candidose invasive est hautement improbable. L'objectif de l'étude est d'évaluer le « Candida score » chez des patients en sepsis sévère ou en choc septique nosocomiaux.

Patients et méthodes : Étude observationnelle prospective et multicentrique réalisée de janvier 2010 à mars 2011 dans cinq services de réanimation. Étaient inclus les patients, présentant à leur admission ou durant leur séjour en réanimation, un sepsis sévère ou un choc septique nosocomiaux. Les données étaient recueillies à l'admission en réanimation et lors du sepsis ou du choc. Le « Candida score » était calculé lors du sepsis ou du choc.

Résultats : Quarante-vingt-quatorze patients ont été inclus (âge moyen = 63 ± 14 ans, sex-ratio H/F = 2,76, IGS II = $51,15 \pm 17,08$, SOFA à l'entrée = $8,32 \pm 3,54$). Le motif d'admission était médical dans $72,3$ % des cas et chirurgical dans $26,6$ % des cas. Lors de l'inclusion, 73 patients présentaient un état de choc septique et 21 patients présentaient un sepsis sévère ; leur score SOFA moyen était de $9,90 \pm 2,12$ points. Le délai médian entre l'admission en réanimation et la survenue du sepsis était de 7 jours (min. : -1 jour ; max. : 37 jours). L'évolution a été marquée par le décès du patient dans 49 % des cas ($n = 46$ patients) avec $63,3$ % de décès ($n = 31$ patients) secondaires au sepsis sévère ou au choc septique. Lors du sepsis, 27 patients ($28,7$ %) avaient une nutrition parentérale exclusive, 31 patients (33 %) avaient bénéficié d'une chirurgie récente et une colonisation

multifocale à *Candida sp.* était retrouvée chez 17 patients (18,1 %). Trente-sept souches de *Candida sp.* ont été identifiées : 30 souches de *C. albicans*, 3 souches de *C. tropicalis*, 2 souches de *C. parapsilosis* et 2 autres espèces. Les « Candida score » calculés lors de la complication septique étaient respectivement de 2 pour 44 patients, de 3 pour 29 patients, de 4 pour 17 patients et de 5 pour 4 patients. Cinq patients (5,3 %) avaient une candidose invasive. Un patient avait une candidémie à *C. parapsilosis*, 3 patients avaient une péritonite à *C. albicans* et 1 patient avait une pleurésie à *C. tropicalis*. Les taux de candidose invasive étaient respectivement de 0 ; 17,6 et 50 % chez les patients avec un CS \leq 3, égal à 4 et égal à 5. Les valeurs prédictives positive et négative d'un « Candida score » $>$ 3 étaient respectivement de 23,8% et de 100 %. Dix-neuf patients (20,2 %) ont reçu un traitement antifongique probabiliste lors du sepsis : 12 ont reçu du fluconazole et 7 ont reçu de la caspofungine. Parmi les 50 patients ayant un « Candida score » \geq 3, 18 patients (36 %) ont reçu un traitement antifongique lors de la complication septique. Parmi ces patients avec un « Candida score » \geq 3, les patients ayant reçu un traitement antifongique probabiliste, avaient plus fréquemment été opérés d'une chirurgie abdominale récente ($n = 11$ patients) que les patients chez qui aucun traitement antifongique n'était débuté ($n = 9$ patients) ($p = 0,0472$).

Conclusion : Le « Candida score » est intéressant pour identifier parmi les patients en sepsis sévère ou en choc septique nosocomiaux, ceux chez qui une candidose invasive est hautement improbable (CS $<$ 3) (valeur prédictive négative de 100 % pour un « Candida score » $>$ 3). Chez les patients avec un « Candida score » $>$ 3, la recherche d'autres facteurs de risque semble nécessaire afin de mieux identifier ceux à haut risque de candidose invasive.

SO099

Rougeoles graves en réanimation : à propos de 12 cas

C. Rafat¹, J. Messika², C. Cleophax³, V. Das⁴, J.-D. Ricard¹, O. Pajot⁵, L. Bouadma⁶, R. Sonnevill⁶, S. Gaudry¹

¹Service de réanimation médico-chirurgicale, CHU Louis-Mourier, Colombes, France

²Service de pneumologie, CHU Tenon, Paris, France

³Réanimation, CHI de Poissy-Saint-Germain-en-Laye, site Poissy, Poissy, France

⁴Service de réanimation polyvalente, CHI André-Grégoire, Montreuil, France

⁵Service de réanimation polyvalente, centre hospitalier Victor-Dupouy d'Argenteuil, Argenteuil, France

⁶Service de réanimation médicale et infectieuse, CHU Bichat, Claude-Bernard, Paris, France

Introduction : Depuis le début de l'année 2008, on assiste à une recrudescence épidémique des cas de rougeole en France avec 2 605 cas signalés durant le premier semestre de 2010. Parmi les cas identifiés 50 % étaient des adultes et l'immense majorité concernait des sujets de moins de 30 ans. Il n'existe pas, à notre connaissance, de description des formes sévères de rougeole nécessitant l'admission des patients en réanimation en France.

Patients et méthodes : Analyse rétrospective des cas de rougeoles chez des sujets adultes ayant nécessité une hospitalisation en réanimation ou en soins continus entre 2008 et 2011. Onze centres franciliens ont été contactés dont 6 avaient eu à prendre en charge au moins 1 cas de rougeole grave durant cette période. Les données cliniques concernant la présentation initiale et l'évolution ultérieure des patients ainsi que les données biologiques, de l'imagerie et l'évolution ont pu être recueillies pour 12 patients. Tous les cas ont été confirmés par biologie moléculaire (PCR) et/ou par un examen sérologique (élévation significative des IgM spécifiques).

Résultats : La moyenne d'âge des patients était de 27,4 ans \pm 5,9 avec un IGS II à 14,6 \pm 11. Trois patients présentaient des comorbidités respiratoires (2 cas d'un asthme intermittent et 1 cas de BPCO). Un patient présentait une immunodépression profonde dans un contexte de lymphome non hodgkinien traité par chimiothérapie. En dehors de ce dernier, 3 patients avaient reçu des corticoïdes avant l'admission, lors de phase initiale des symptômes. Le statut vaccinal des patients était inconnu à l'exception de deux patients, l'un non vacciné, l'autre n'ayant reçu qu'une injection. Un exanthème morbilliforme caractéristique était présent à l'admission dans 10 cas. L'exanthème était résolutif à l'admission dans un cas. Il est survenu pendant l'hospitalisation chez un patient. Le motif d'admission en réanimation était : détresse respiratoire aiguë sans autre défaillance d'organe ($n = 9$), suspicion d'hémoptysie ($n = 2$) (en fait saignement pharyngé), collapsus ($n = 1$). Parmi les 9 patients admis pour détresse respiratoire aiguë, un syndrome interstitiel était présent à l'imagerie thoracique dans 8 cas. Une coinfection bactérienne pulmonaire a été prouvée dans 3 cas (*Haemophilus influenzae* $n = 2$, *staphylocoque doré* méti-sensible $n = 1$). Toutefois, 7 patients ont reçu des antibiotiques. Un patient a développé un tableau de rhabdomyolyse accompagnée d'une insuffisance rénale aiguë modérée. La ventilation mécanique a été nécessaire dès le transfert en réanimation chez 3 de ces patients, pour des durées respectives de trois, 19 et 23 jours. La durée de séjour en réanimation a été de 5,9 \pm 7 jours. Le patient aux antécédents de lymphome non hodgkinien a présenté une co-infection à *Aspergillus fumigatus* contemporaine d'une pneumopathie à cellules géantes présentes au lavage broncho alvéolaire. Ce patient est décédé (le seul de la cohorte) de défaillance multiviscérale. Aucune complication neurologique n'a été signalée lors de la prise en charge en réanimation ou au décours.

Conclusion : La réémergence de la rougeole en France s'associe à des cas de rougeole sévères nécessitant une hospitalisation en réanimation. La pneumopathie interstitielle en représente la manifestation principale. Les sujets jeunes constituent une population à haut risque, vraisemblablement en raison d'une couverture vaccinale incomplète. Si l'évolution paraît bénigne dans la majorité des cas, une attention toute particulière doit être accordée aux sujets immunodéprimés et vis-à-vis du risque de coinfection.

SO100

Infections à virus respiratoires et herpes virus dans les pneumonies sévères ventilées : étude REAVIR

J. Le Goff¹, C.-E. Luyt², E. Guerot³, F. Bellenfant⁴, R. Kara⁵, J. Chastre⁶, G. Chatellier⁷, J.-Y. Fagon³

¹Microbiologie, hôpital Saint-Louis, AP-HP, Paris, France

²Service de réanimation médicale, CHU la Pitié-Salpêtrière, Paris, France

³Service de réanimation médicale, CHU Hégp, Paris, France

⁴Réanimation chirurgicale, CHU Hégp,

Assistance publique des Hôpitaux de Paris, Paris, France

⁵Microbiologie, CHU Hégp, Paris, France

⁶Réanimation médicale, CHU La Pitié-Salpêtrière, Paris, France

⁷Unité de recherche clinique, CHU Hégp, Paris, France

Introduction : La fréquence, l'impact et le pronostic des infections virales dans les pneumonies sévères nécessitant une ventilation artificielle qu'elles soient liées à une réactivation d'un virus persistant ou à une transmission d'un virus respiratoire ont été peu étudiés.

Objectifs : Préciser la fréquence, le profil épidémiologique et le pronostic des infections virales dans les pneumonies sévères ventilées, isolées ou en association avec une infection bactérienne.

Patients et méthodes : Étude prospective observationnelle (PHRC régional REAVIR) dans des services de réanimation médicale des

hôpitaux HEGP et Pitié-Salpêtrière et de la réanimation de chirurgicale de l'HEGP incluant des patients admis en réanimation pour pneumonie nécessitant une ventilation artificielle ou ayant acquis en réanimation une pneumonie associée à la ventilation (PAV) entre janvier 2007 et avril 2010. La recherche d'une infection virale est réalisée sur un LBA par biologie moléculaire incluant la détection des virus à tropisme respiratoire (influenza [INF], VRS, métapneumovirus [MPV], parainfluenza [PIV], rhinovirus [RHV], coronavirus [hCoV] et adénovirus [ADV]) et de virus persistants (HSV, CMV, VZV et HHV-6).

Résultats : Quatre cent dix patients ont été inclus comprenant 336 PAV et 74 pneumonies communautaires avec les caractéristiques suivantes : 64 ans d'âge médian, 65,1 % d'homme, score SAPSII médian = 51, SOFA médian = 9, 30,5 % de décès à j28. 190 patients (46,3 %) ont présenté une infection virale ; 65 patients (15,9 %) à virus respiratoire (RHV = 6,8 %, hCoV = 2,9 %, INF = 2,4 %, PIV = 2,4 %, VRS, ADV, MPV = 1,4 %) dont 44 (67,7 %) sans co-infection bactérienne et 125 (30,5 %) à virus persistant avec majoritairement le virus HSV-1. Parmi les 190 patients chez lesquels un virus était retrouvé, 2 avaient une co-infection à virus respiratoires, 12 une co-infection respiratoire/persistant et 20 des co-infections d'herpes virus (HSV, CMV, HHV-6). Alors que les infections à herpes virus étaient plus fréquentes dans les PAV (32,7 vs 20,3 % ; $p = 0,03$), aucune différence significative de prévalence de virus respiratoires communautaires n'était observée entre les pneumonies communautaires et nosocomiales. L'analyse des facteurs de risque associés aux infections virales, de leur évolution et de leur association aux infections bactériennes est en cours.

Conclusion : Cette étude montre que les infections à virus respiratoires communautaires sont détectées aussi bien dans les pneumonies communautaires que dans les PAV et confirme que les réactivations herpétiques sont fréquemment associées à ces dernières.

SO101

Étude rétrospective sur 22 cas de syndrome de DRESS en réanimation

E. Dubois¹, A. Kimmoun¹, A. Barbaud², B. Levy¹

¹Service de réanimation médicale, CHU Nancy, institut Lorrain-du-Cœur-et-des-Vaisseaux, Vandœuvre-lès-Nancy, France

²Service de dermatologie, bâtiment Philippe-Canton, CHU de Nancy, Vandœuvre-lès-Nancy, France

Introduction : Le DRESS syndrome (*Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms*) est une pathologie grave (mortalité à 10 %) parfois réanimatoire, caractérisée par une fièvre, un rash cutané, une hyperéosinophilie et des défaillances d'organes. Il se développe une à huit semaines après l'introduction d'un traitement médicamenteux. Son incidence, probablement sous évaluée, est faible de l'ordre de 50 cas par an. L'objectif de ce travail est de décrire les motifs d'hospitalisation en réanimation et plus particulièrement de caractériser le profil hémodynamique de ceux nécessitant un soutien par catécholamines.

Patients et méthodes : Étude rétrospective, multicentrique, avec recensement des cas par mailing et consultation des dossiers sur site, de patients atteints de DRESS, avec un score REGISCAR > 4 et hospitalisés en réanimation. Période d'inclusion couvrant de 1990 à 2010 compte tenu de l'incidence très faible.

Résultats : Cinquante et un centres contactés, 45 % de réponse après deux relances, 35 patients éligibles et 22 patients inclus avec un REGISCAR > 4 (sex-ratio H/F : 1,2/1, âge moyen de 55,8 ans ± 17,7). La mortalité globale est de 45 % (56 % chez les patients en état de choc, 16 % chez les patients non en choc). Les motifs d'admission en réanimation les plus fréquents sont la défaillance hémodynamique (50 %), l'insuffisance rénale aiguë (22 %), l'insuffisance hépatique (18 %) et l'insuffisance respiratoire aiguë (45 %). Soixante-douze pour cent des patients ont présenté un état de choc, de profil vasoplégique, comparable à un état de choc septique mais sans documentation infectieuse. L'IGS 2 (moyenne = 60,7 ; de 37 à 89) et le score SOFA (moyenne = 12,8 ; de 7 à 16) sont significativement plus élevés chez ces patients. Il n'existe pas d'autres différences clinico-biologiques significatives entre les patients en choc et ceux qui ne le sont pas. Seul la bilirubine totale apparaît comme un facteur de surmortalité en analyse univariée (survivants : 52,3 mg/l ; de 5 à 433 vs décédés : 125,2 mg/l ; de 3 à 364 ; $p = 0,04$). Néanmoins l'hyperleucocytose à tendance à être plus importante chez les patients qui vont décéder que chez ceux qui vont survivre (S : 20 199/mm³ ; de 3 800 à 71 530 vs D : 30 280/mm³ ; de 12 100 à 50 800 ; $p = 0,07$).

Conclusion : L'état de choc est un motif fréquent de prise en charge en réanimation des DRESS jusqu'ici jamais rapporté. Son profil est de type vasoplégique mais aucune documentation infectieuse n'est alors retrouvée. Sa physiopathologie reste pour l'instant non élucidée.