

Hémodynamique – pronostic

Haemodynamics – prognosis

© SRLF et Springer-Verlag France 2011

SP079

Mortalité maternelle des hémorragies graves du post-partum

S. El Youssoufi, A. Khattou, I. Moussaid, S. Salmi, M. Miguil
Service d'anesthésie réanimation obstétricale, CHU Ibn-Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction : L'hémorragie grave du post-partum (HPP) constitue toujours la première ou la deuxième cause de mortalité maternelle dans le monde, y compris dans les pays développés. Le but de ce travail est d'étudier le profil des patientes décédées par HPP, analyser les causes de décès chez ces patientes et de proposer une stratégie préventive qui aura pour but de réduire la morbidité et la mortalité maternelles liées à cette pathologie.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une analyse rétrospective intéressant 39 décès parmi les 247 cas d'hémorragie du post-partum recensés entre le 1^{er} janvier 2006 et le 31 décembre 2010 au service de réanimation de la maternité. Les données épidémiologiques, cliniques, biologiques et évolutives ont été recueillies. Les résultats sont exprimés en moyenne et pourcentage.

Résultats : Pendant la période d'étude l'incidence des HPP était de 6,5/1 000 accouchements. Nous avons recensé 39 décès soit 15,7 % des HPP et 2,11 % des admissions au service de réanimation. L'HPP représente 24,37 % de tous les décès en réanimation. Le profil épidémiologique était celui d'une pauci-pare (43,6 %) de tranche d'âge entre (25-35 ans), porteuse d'une grossesse non suivie (89,7 %), menée à terme. L'inertie utérine (43,60 %), la rupture utérine (23,10 %), les lésions cervico-vaginales (20,50 %) et les troubles de l'hémostase (12,80 %) étaient les principaux facteurs étiologiques. Le traitement classique associant délivrance artificielle, révision utérine, massage utérin et ocytociques ne semblait pas être efficace. On a eu recours au facteur VII activé recombinant dans 10,3 % des cas, le traitement chirurgical dans 97,4 % (suture utérine ou cervico-vaginale, ligature des artères hypogastriques, triple ligature vasculaire et hystérectomie d'hémostase). L'évolution a été marquée par l'apparition du choc hypovolémique (51,3 %), la coagulation intravasculaire disséminée (51,3 %), l'œdème aigu pulmonaire (28,2 %), l'insuffisance rénale aiguë (23,1 %), l'insuffisance hépatocellulaire (5,1 %), et l'œdème cérébral (2,6 %). La durée moyenne d'hospitalisation était de 2 jours et 4 heures. Le décès est survenu dans un tableau de défaillance multi-viscérale dans 66,65 % des cas, choc hémorragique dans 56,40 % des cas, Choc septique dans 7,68 %, et embolie amniotique dans 2,56 % des cas.

Conclusion : L'hémorragie du post-partum reste une urgence obstétricale et anesthésique car elle continue à être responsable d'une mortalité maternelle élevée qui est évitable dans la majorité des cas. La gravité des HPP incite à une attitude préventive et à un diagnostic précoce basé sur une surveillance attentive. La prise en charge thérapeutique doit être urgente, associant une réanimation hémodynamique et un traitement étiologique. Le décès d'une femme jeune, le plus souvent bien portante, au moment de donner la vie à son enfant est toujours mal accepté, c'est pour cela que la prophylaxie trouve largement sa place.

Bibliographie

1. Benhamou D, Chassard D, Mercier FJ, Bouvier-Colle MH (2009) The seventh report of the confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom: comparison with French data. *Ann Fr Anesth Reanim* 28:38–43
2. Dupont C, Touzet S, Colin C, et al (2009) Incidence and management of postpartum haemorrhage following the dissemination of guidelines in a network of 16 maternity units in France. *Int J Obstet Anesth* 18:320–7
3. Lefèvre P, Brucato S, Mayaud A, et al (2009) Impact of a new regional management for postpartum haemorrhages by an audit of severe cases: a before and after study (2002–2005). *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 38:209–19

SP080

Intérêt de la coronarographie en réanimation

A. Moattar¹, S. Rosselli¹, T. Perret², E. Vivier¹

¹Service de réanimation polyvalente, centre hospitalier Saint-Joseph & Amp, Saint-Luc, Lyon, France

²Unité soins intensifs cardiologiques, centre hospitalier Saint-Joseph & Amp, Saint-Luc, Lyon, France

Introduction : Le diagnostic du syndrome coronarien aigu est difficile en réanimation [1]. Les outils diagnostiques de première ligne (douleur thoracique, ECG, troponine) sont souvent pris en défaut [2–4]. Si la stratégie invasive (coronarographie × angioplastie) apporte un bénéfice indiscutable pour la prise en charge en cardiologie conventionnelle, l'intérêt diagnostique et thérapeutique ainsi que le risque associés à cette procédure sont peu évalués en réanimation.

Patients et méthodes : De par la proximité géographique des services d'USIC et de réanimation polyvalente du centre hospitalier Saint-Joseph Saint-Luc, 61 patients admis en réanimation polyvalente entre août 2007 et juillet 2011 ont pu bénéficier d'une coronarographie pendant leur séjour dans le service. Ils ont fait l'objet d'une étude rétrospective. Le motif d'admission en réanimation, les signes d'appels diagnostiques, les résultats de la coronarographie et les complications ont été recueillis.

Résultats : Les patients étaient admis principalement pour détresse respiratoire aiguë ($n = 24$), arrêt cardio-circulatoire ($n = 22$), sepsis ($n = 7$) ou autre raison ($n = 8$). L'examen était réalisé devant une ascension de troponine associée à un sus-décalage du segment ST (24 patients), une ascension de troponine associée une anomalie électrique non spécifique (27 patients) ou une ascension de troponine isolée (sept patients). Trois patients bénéficiaient de l'examen sans élévation de troponine. La coronarographie découvrait une lésion significative conduisant à une angioplastie avec pose de stent dans 23 % des cas (14 patients). 17 patients (28 %) avaient une coronarographie normale et 30 patients (49 %) montraient des lésions non significatives n'impliquant pas de procédure thérapeutique in situ. Les patients présentant un sus-décalage du segment

ST étaient plus souvent revascularisés que les patients sans sus-décalage du segment ST (37 vs 12 %, $p < 0,05$). Aucune complication immédiate (accident hémorragique, arrêt cardiocirculatoire per procédure, thrombose de stent) n'a été rapportée. Sept patients présentant une insuffisance rénale aigüe avant la coronarographie ont été dialysés dans les suites immédiates. Deux patients ont présenté une thrombose du stent tardive (> 3 mois) nécessitant une nouvelle angioplastie.

Conclusion : Lorsqu'elle est techniquement possible, la coronarographie doit s'intégrer dans la prise en charge des patients de réanimation, en particulier si un sus-décalage du segment ST est présent. La principale complication de la procédure est l'aggravation d'une insuffisance rénale sous-jacente.

Références

1. King DA, Codish S, Novack V, et al (2005) The role of cardiac troponin I as a prognosticator in critically ill medical patients. *Crit Care* 9:R390–R5
2. Jeremias A, Gibson CM (2005) Narrative review: alternative causes for elevated cardiac troponin levels when acute coronary syndromes are excluded. *Ann Intern Med* 142:786–91
3. Roongsritong C, Warraich I, Bradley C (2004) Common causes of troponin elevations in the absence of acute myocardial infarction. *Chest* 125:1877–84
4. Ammann P, Maggiorini M, Bertel O, et al (2003) Troponin as a risk factor for mortality in critically ill patients without acute coronary syndromes. *J Am Coll Cardiol* 41:2004–9

SP081

QRS fragmenté dans le syndrome coronarien aigu ST+
K. Mechergui¹, A. Roussiaux¹, B. Jop², C. Joret², M. Caujolle¹, J. Jabot¹, D. Vandroux¹

¹Service de réanimation polyvalente, CHR Félix-Guyon, Saint-Denis, Réunion, France

²Service de cardiologie, CHR Félix-Guyon, Saint-Denis, Réunion, France

Introduction : L'analyse de la fragmentation des QRS (fQRS) sur l'ECG de surface est un marqueur pronostique de la cardiopathie ischémique et en particulier en période de post-infarctus. De récentes publications confirment l'importance de ce signe peu valorisé et dont la physiopathologie reste mal connue [1,2]. Ce travail se propose d'étudier sa valeur localisatrice ainsi que le nombre de fQRS nécessaires pour diagnostiquer une lésion coronaire.

Patients et méthodes : En 2010, au CHR Félix Guyon de Saint-Denis, La Réunion, cent trente-cinq patients ont bénéficié d'une coronarographie en urgence pour SCA ST+ (QRS < 120 mms). Nous avons analysé rétrospectivement les paramètres fonctionnels cliniques et biologiques, les tracés ECG réalisés avant la coronarographie ainsi que les différents territoires coronaires lésés. Trois groupes ont été comparés : un groupe sans fQRS (fQRS-), un groupe avec au moins un fQRS (fQRS 1) et un groupe avec deux fQRS (fQRS 2) dans deux dérivations contiguës correspondant au territoire d'une artère coronaire principale.

Résultats : Parmi nos patients, 51 présentent une fragmentation (38 %). Il existe des différences entre les groupes fQRS- et fQRS 2. Le pic de troponine, la première troponine ainsi que les premières CK sont significativement plus élevés dans le groupe fQRS 2 (respectivement : $p = 0,02$; $p = 0,04$ et $p = 0,04$). D'autre part, la fraction d'éjection du ventricule gauche (FeVG) est significativement plus basse ($p = 0,04$). Ces différences n'ont pas été retrouvées dans le groupe fQRS 1. Il a été démontré qu'un seul fQRS est suffisant pour diagnostiquer une lésion significative de l'IVA ($p = 0,04$).

Conclusion : Notre étude confirme l'intérêt majeur de la recherche de la fragmentation du QRS en raison de sa simplicité mais surtout de sa

valeur pronostique. La valeur localisatrice de fQRS est retrouvée pour les lésions significatives de l'IVA, lors de la présence d'au moins un fQRS dans les dérivations antérieures. Il semblerait qu'un seul fQRS soit nécessaire pour diagnostiquer une ischémie myocardique. Néanmoins, d'autres études sont nécessaires afin de mieux appréhender la physiopathologie et les impacts thérapeutiques de ce phénomène à court et à long terme après un SCA.

Références

1. Das MK, Khan B, Jacob S, et al (2006) Significance of a fragmented QRS complex versus a Q wave in patients with coronary artery disease. *Circulation* 113:2495–501
2. Das MK, Michael MA, Suradi H, et al (2009) Usefulness of fragmented QRS on a 12-lead electrocardiogram in acute coronary syndrome for predicting mortality. *Am J Cardiol* 104:1631–7

SP082

La morbi-mortalité opératoire et postopératoire immédiate du pontage coronarien chez les patients diabétiques opérés

H. Rekek Ben Hmida, L. Abid, S. Kammoun

Service de cardiologie médicale, CHU Hedi-Chaker, Sfax, Tunisie

Introduction : Plusieurs études ont montré que la revascularisation coronarienne par pontage est préférable chez le patient diabétique (PD). Cette chirurgie améliore le pronostic vital à moyen et à long terme mais la morbi-mortalité postopératoire reste élevée. Le but de notre travail a été d'évaluer, chez les PD, l'incidence des complications et de la mortalité périopératoire après pontage coronarien entre 1997 et 2000.

Résultats : Il s'agit d'une étude rétrospective ayant inclus 160 patients suivis au service de cardiologie au CHU Hedi Chaker ayant subi un PAC (80 diabétiques versus 80 non diabétiques) entre 1997 et 2000. L'incidence des complications à 30 jours chez les PD a été comparée à celle des patients non-diabétiques (PND). Les deux populations étaient comparables de point de vue de l'âge avec une moyenne aux alentours de 60 ans et de point de vue du sexe avec prédominance masculine. Concernant les FDR cardiovasculaires. L'HTA, facteur de risque hautement associé au diabète, était présente chez plus de la moitié des diabétiques avec une différence statistiquement significative ($p = 0,039$), pour les autres facteurs de risque de la maladie coronaire, on n'a pas noté une différence significative. L'IRC était une morbidité plus fréquente chez les diabétiques (30 contre 15 % chez les ND ; $p = 0,023$). Nos patients ont été opérés dans des délais moyens de 54,7 et 55,2 jours après la coronarographie respectivement pour les diabétiques et les ND. Un pontage coronaire à cœur battant a été réalisé dans 5 % des cas chez la PD et 7,5 % chez la PND. On n'a pas noté de différence significative concernant la durée de la CEC pour les deux groupes et la sortie de cette CEC a été difficile dans 11,25 et 17,5 % respectivement chez les diabétiques et les ND. La durée de la ventilation mécanique postopératoire a été plus longue pour les diabétiques (13,5 contre 10 heures pour les ND ; $p = 0,02$). Les diabétiques ont nécessité un séjour plus prolongé en réanimation (4,5 contre 3,13 jours ; $p = 0,021$) et un séjour hospitalier global nettement plus long (16,9 contre 12,13 jours ; $p = 0,001$). La mortalité n'était pas plus élevée chez les diabétiques et concernant la morbidité, ils ont eu plus de complications infectieuses, plus d'IRA et plus de besoins transfusionnels. Pour les autres morbidités (IDM, AVC, TDR), on n'a pas noté une différence statistiquement significative. En essayant d'étudier le ou les facteurs(s) incriminé(s) dans la survenue de complications chez le diabétique dans le pronostic immédiat, seule l'obésité a été qualifiée de facteur indépendant de surmorbidité postopératoire ($p = 0,001$).

Conclusion : Les données de la littérature ne sont pas unanimes concernant l'influence du diabète sur la mortalité post opératoire des malades portés, il est généralement accepté que les diabétiques ont une plus grande mortalité associée au PAC ; certaines études ont signalé une surmortalité post opératoire chez les diabétiques qu'ils ont attribuée aux facteurs de risque associés, d'autres études ont individualisé le diabète comme facteur de risque indépendant de mortalité après ajustement pour les autres facteurs de risque.

SP083

Quel est le devenir de patients âgés traités pour un état de choc ?

P. Biston¹, C. Aldecoa², J. Devriendt³, J.-L. Vincent⁴, D. de Backer⁴

¹Service de soins intensifs médico-chirurgicaux, CHU Charleroi, Charleroi, Belgique

²Service de soins intensifs, hôpital universitaire Rio-Hortega, Valladolid, Espagne

³Service de soins intensifs, CHU Brugmann, Bruxelles, Belgique

⁴Service de réanimation médocochirurgicale, hôpital universitaire Erasme, Bruxelles, Belgique

Introduction : De plus en plus de patients âgés sont admis dans les unités de réanimation occidentales. Par ailleurs, si la mortalité en réanimation s'accroît avec l'âge [1] le devenir spécifique de patients âgés après un état de choc est mal connu. Il faut également souligner que la majorité des études cliniques excluent ceux-ci de leur protocole.

Patients et méthodes : nous avons réalisé une analyse rétrospective de la base de données issue de l'étude comparant l'influence de la dopamine et de la noradrénaline sur le devenir des patients en état de choc [2]. La population a été divisée en 3 groupes en fonction de l'âge : jeunes (J, < 75 ans), âgés (A, 75–84 ans) et très âgés (TA : > 85 ans). Les données sont exprimées en moyenne \pm déviation standard. Les différences entre les sous-groupes sont évaluées par le test de Chi-carré pour les données fréquentielles et par l'analyse de la variance pour les données continues. Une valeur de $p < 0,05$ est considérée comme significative.

Résultats : 494 (30 %) des patients sont âgés de plus de 74 ans à l'inclusion dans l'étude. Parmi ceux-ci, 84 ont plus de 85 ans. Les patients A et TA présentent plus souvent un choc cardiogénique que les plus jeunes ($p < 0,05$). Les 3 sous-groupes présentent des dysfonctions d'organe similaire à l'admission : score SOFA (J : $9,3 \pm 3,5$; A : $9,3 \pm 3,4$; TA : $9,0 \pm 2,8$; $p = \text{NS}$) alors que le score APACHE II calculé sans l'incorporation de l'âge est un peu plus élevé dans le groupe TA (J : 17 ± 9 ; A : 18 ± 9 ; TA : 19 ± 9 ; $p = 0,047$). Les données de survie sont résumées dans le Tableau 1 ci-dessous :

Tableau 1 Survie en fonction de l'âge		Jeunes (< 75 ans)	Âgés (75–84 ans)	Très âgés (> 85 ans)	Valeur p
Survie, n (%)	N	1 156	410	84	
	Réanimation	667 (57 %)	164 (40 %)	28 (33 %)	< 0,001
	Hospitalière	546 (48 %)	121 (30 %)	21 (25 %)	< 0,001
Survie 28 j, n (%)	6 mois	439 (41 %)	80 (21 %)	6 (8 %)	< 0,001
	12 mois	311 (34 %)	57 (16 %)	2 (3 %)	< 0,001
	Chocs	647 (54 %)	85 (34 %)	28 (33 %)	< 0,001
	Septique	395 (54 %)	85 (34 %)	16 (31 %)	< 0,001
	Cardiogénique	73 (44 %)	22 (26 %)	4 (15 %)	< 0,001

Lorsqu'une analyse multivariée est réalisée, l'âge apparaît comme un facteur prédictif indépendant de mortalité.

Conclusion : L'âge, lors de l'admission en réanimation des patients en état de choc est un facteur prédictif indépendant de mortalité. Chez les plus âgés, bien que la mortalité soit très élevée, quelques uns ont une survie prolongée avec une qualité de vie satisfaisante. La prise en charge de ces patients représente un défi important pour les équipes pluridisciplinaires et les familles.

Références

1. Roch A, Wiramus S, Pauly V, et al (2011) Long-term outcome in medical patients aged 80 or over following admission to an intensive care unit. Crit care (London, England) 15:R36
2. De Backer D, Biston P, Devriendt J, et al (2010) Comparison of dopamine and norepinephrine in the treatment of shock. N Engl J Med 362:779–89

SP084

Étude observationnelle du syndrome de Tako-Tsubo en réanimation : fréquence, mécanismes et pronostic

S. Champion¹, J. Jabot², D. Belcour², B.-A. Gaüzere², Y. Lefort², D. Vandroux²

¹Service de réanimation médicale et toxicologique, CHU Lariboisière, Paris, France

²Service de réanimation polyvalente, CHR Félix-Guyon, Saint-Denis, Réunion, France

Objectif : Analyse des mécanismes de syndrome de Tako-Tsubo (STT) admis dans une unité de réanimation et ayant bénéficié d'une coronarographie. Description de la fréquence, des causes, des complications, du traitement et du pronostic.

Patients et méthodes : Étude rétrospective monocentrique observationnelle approuvée par le comité d'éthique de la SRLF, sur une période de deux ans dans le service de réanimation polyvalente du centre hospitalier Félix Guyon. Étaient retenus comme STT : des troubles cinétiques ventriculaires gauches transitoires avec aspect typique ou atypique de ballonnisation apicale du ventricule gauche, associé à l'absence de lésion en coronarographie, à une amélioration significative et à la présence d'anomalie ECG typique et/ou d'une augmentation minime de troponine Ic. Étaient exclus les traumatismes crâniens, les hémorragies cérébrales, les phéochromocytomes et les myocardites. Résultats en médiane et déciles (10 % ; 90 %) pour les variables continues. Les variables qualitatives sont comparées par test de Chi², les valeurs quantitatives par test de Mann-Withney. Une analyse multivariée est effectuée pour isoler les facteurs de mortalité.

Résultats : Le STT était présent pour 20 patients soit 1,5 % des 1 314 patients admis sur deux ans en réanimation et 8 % des chocs cardiogéniques. La population se répartissait en 10 hommes et 10 femmes, l'âge était de 64 ans (36–76), le SAPS2 de 55 (27–67). Ces patients étaient admis en réanimation pour défaillance hémodynamique (80 %), modifications ECG (15 %) ou détresse respiratoire (15 %). Pour 5 patients, le STT survenait en période postopératoire, postopératoire ou en post-partum immédiat. Les fractions d'éjection échocardiographiques du ventricule gauche étaient de 30 % (20–45 %), les débits cardiaques évalués par échocardiographie de 4 l/min (2,4–6 l/min), les taux de troponine Ic de 4,6 pg/l (0,7–25), les taux de NTproBNP étaient élevés à 10 560 ng/l (1 310–30 000 ng/l). Seuls 2 patients (10 %) avaient un ECG normal. 4 patients (20 %) ont des lésions athéromateuses non significatives à la coronarographie, les autres coronarographies apparaissent normales. Trois patients ont bénéficié d'une IRM cardiaque à distance ; deux étaient normales,

la troisième montrait une dysfonction ventriculaire gauche persistante. Plusieurs mécanismes ou conditions physiopathologiques concouraient à la présence du STT : toxicité des catécholamines (bronchodilatateurs, adrénaline en bolus) [45 %], états de mal épileptique et encéphalite (35 %), ischémie myocardique non transmural (20 %) et obstruction systolique de la chambre de chasse du ventricule gauche (10 %). La durée de séjour en réanimation était de 6 jours (3–19). Le STT était réversible pour tous les patients sauf un. La mortalité intrahospitalière était de 3 patients (15 %). Ces décès étaient consécutifs à une défaillance multiviscérale, un SDRA et un OAP hémorragique. Seuls le SAPS 2, la défaillance rénale, la thrombopénie, la dénutrition et les perfusions de noradrénaline étaient associés à la mortalité. 85 % des patients nécessitaient l'utilisation de catécholamines dont 4 (20 %) à hautes doses et 20 % un ballon de contre-pulsion intra-aortique. 17 patients (85 %) nécessitaient une ventilation mécanique de 7 (2–13) jours, trois patients bénéficiaient d'épuration extra-rénale. Aucune implantation d'ECLS ou de prescription de levosimendan n'avait été retenue durant la période étudiée.

Conclusion : Des dysfonctions transitoires ventriculaires gauches sont régulièrement admises en réanimation. Quoique les états de mal épileptiques et la toxicité des catécholamines fussent les mécanismes les plus fréquemment retrouvés dans notre série, ils apparaissent encore peu détectés et peu étudiés.

SP085

Embolie pulmonaire chez les patients ventilés nécessitant un scanner. Prévalence, facteurs de risque et devenir

C. Minet¹, M. Lugosi¹, P.-Y. Savoye², C. Menez³, S. Ruckly⁴, A. Bonadona¹, C. Schwebel¹, R. Hamidfar-Roy¹, C. Ara Somohano¹, P. Dumanoir¹, G. Ferretti², J.-F. Timsit¹

¹Service de réanimation médicale, CHU de Grenoble, Grenoble, France

²Clinique de radiologie et imagerie médicale, CHU de Grenoble, Grenoble, France

³Clinique de médecine vasculaire, CHU de Grenoble, Grenoble, France

⁴IRB U 823, université Joseph-Fourrier, Grenoble, France

Introduction : La prévalence de l'embolie pulmonaire (EP) est bien connue dans la population générale. En réanimation, l'EP est souvent sous-estimée du fait du caractère aspécifique des symptômes chez les patients sous ventilation mécanique invasive (VM). L'objectif de l'étude est d'estimer la prévalence de l'EP chez les patients ventilés nécessitant un scanner thoracique ainsi que l'association EP avec TVP, les facteurs de risque de l'EP et le devenir des patients atteints d'une EP en réanimation.

Patients et méthodes : Étude observationnelle prospective réalisée dans le service de réanimation médicale du CHU de Grenoble de juillet 2009 à avril 2011. Inclusion de chaque patient ventilé mécaniquement nécessitant un scanner thoraco-abdominal injecté quelle que soit l'indication. Exclusion des patients ayant un diagnostic d'EP à l'admission et des patients allergiques à l'iode. Utilisation d'un protocole avec un mode d'acquisition des images spécifique à la recherche d'EP à l'aide d'un scanner multibarrette, sans modification de la dose d'iode nécessaire (accord de l'IRB Clermont-Ferrand Grenoble n° 5891, information des patients et de leur famille). Interprétation des images par 2 radiologues différents. Réalisation d'une échographie doppler vasculaire des 4 membres dans les 48 heures suivant le scanner. Traitement anticoagulant curatif immédiatement après le diagnostic, en l'absence de contre-indication. Le nombre de sujets à inclure était de 200 ou 30 EP.

Résultats : Cent soixante-seize patients ont été inclus dans l'analyse finale sur une période 21 mois. La durée de VM était de 16

[9–25] jours. Âge : 61,5 [53–72], 62 % d'hommes, indice de masse corporelle (IMC) à 25,1 kg/m² [22,6–27,7], SAPS II 55 [40,5–69]. Quatre-vingt-douze (51 %) patients étaient sous anticoagulants à l'inclusion le jour du scanner. Trente-trois (18,7 %) EP étaient diagnostiquées dont 20 (61 %) n'étaient pas cliniquement suspectées avant le scanner. Vingt-quatre (72,7 %) EP étaient unilatérales. Treize (46,4 %) et 8 (24,2 %) EP sur 33 étaient respectivement diagnostiquées malgré une anticoagulation préventive ou curative. En analyse multivariée, les facteurs de risque d'EP étaient le sexe masculin, un IMC élevé, des antécédents de cancer, des antécédents d'EP, un coma et un taux de plaquettes élevé. Ni l'administration d'anticoagulants, ni la durée de VM n'était un facteur de risque d'EP. Trente-cinq (19,9 %) patients sur 176 avaient une TVP. Vingt (57,1 %) étaient localisées aux membres inférieurs et 24 (68,6 %) étaient des TVP liées à la présence d'un cathéter veineux central. Onze (33,3 %) EP étaient associées à une TVP. Les TVP des membres inférieurs augmentaient le risque d'EP (OR = 4,0 ; IC 95 % : [1,6–10]) mais pas les TVP situées aux membres supérieurs (OR = 0,64 ; IC 95 % : [0,137–2,99]). Le score SOFA et l'évolution de la sévérité de ce score étaient identiques chez les patients avec ou sans EP. Seuls 3 patients sous anticoagulation curative pour une EP ont fait une complication hémorragique due au traitement, dont une fatale (hémorragie intracrânienne). Le diagnostic d'EP, même proximale, n'était associé à une augmentation ni de la durée d'hospitalisation, ni de la mortalité. La mortalité à 3 mois à la sortie d'hôpital était de 36,4 % (13/33).

Discussion : Un diagnostic précoce et une anticoagulation curative systématique peuvent être à l'origine du faible nombre de décès imputable à l'EP.

Conclusion : Contrairement aux études antérieures, la prévalence des EP était importante lorsqu'elle est systématiquement recherchée au scanner. La thromboprophylaxie ne protégeait pas des maladies thromboemboliques. La relation entre EP et TVP était uniquement retrouvée pour les TVP des membres inférieurs. La présence d'une EP n'influçait ni la durée d'hospitalisation ni la survie lorsqu'elle était efficacement traitée par anticoagulation curative. Ces résultats nous encouragent à la réalisation de nouvelles études sur la recherche systématique et le traitement précoce des EP chez les patients de réanimation.

SP086

Incidence and clinical predictors of pulmonary embolism in severe heart failure patients admitted to an intensive care unit

M. Bahloul, A. Tounsi, N. Ben Algia, M. Bouaziz
Service de réanimation polyvalente, CHU Habib-Bourguiba Sfax
Tunisie, Sfax, Tunisie

Introduction: To determine the incidence of clinical pulmonary embolism (PE) in a population with severe congestive heart failure (CHF) admitted to a intensive care unit (ICU), and to identify clinical predictors of PE in this population.

Patients and methods: Prospective, observational study performed in a ICU between January 1st and June 29th, 2011. We analyzed data from 99 patients with severe decompensated CHF.

Results: Of 99 patients recruited, 9 patients (9.1%) received a diagnosis of PE during their hospitalization. Deep vein thrombosis was demonstrated in 4 of 9 patients (44.4%) with PE. Thromboprophylaxis was used by 6 of 9 patients (66.7%) with PE and 63 of 90 patients (70%) without PE ($P = 0.77$). Both groups were similar with respect to mean age, proportion of male patients, markers of CHF severity,

and comorbid conditions (diabetes mellitus, atrial fibrillation, chronic renal failure, hypertension) [$P = \text{not significant}$]. The presence of PE was significantly associated with cancer (relative risk [RR]: 8.4; 95% confidence interval [CI]: 3.9 to 18.1), immobilization (RR: 5.4; 95% CI: 2.0 to 14.4), previous venous thromboembolism (VTE) [RR: 4.4; 95% CI: 1.7 to 11.3], COPD (RR: 3.1; 95% CI: 1.03 to 9.2), and right ventricle (RV) abnormality (RR: 3.3; 95% CI: 1.3 to 8.0).

Conclusion: In patients with severe decompensated CHF admitted to a ICU, the incidence of clinical PE is very high despite adequate prophylaxis. Traditional risk factors seemed to play an important role in determining the risk of PE in this population.

SP087

Pronostic et prise en charge du choc cardiogénique non ischémique en réanimation médicale : série rétrospective de 94 patients

S. Jean-Baptiste¹, P. Perez², C. Thivilier², A. Kimmoun², A. Gerard², B. Levy²

¹Service de réanimation médicale, CHU de Nancy, hôpital Central, Nancy, France

²Service de réanimation médicale, CHU de Nancy, hôpital Brabois-Adultes, Vandœuvre-lès-Nancy, France

Introduction : Les études épidémiologiques publiées sur le choc cardiogénique concernent des chocs compliquant les syndromes coronariens aigus. Aucune étude ne s'est attachée à décrire les caractéristiques et le pronostic des chocs cardiogéniques d'origine « non ischémique ».

Patients et méthodes : Nous avons étudié rétrospectivement les dossiers médicaux des patients admis pour choc cardiogénique non ischémique du 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2009 dans un service de réanimation médicale d'un centre hospitalo-universitaire.

Résultats : 94 patients ont été admis sur cette période pour ce diagnostic. Les étiologies les plus fréquentes étaient une décompensation de cardiomyopathie (50 %), un arrêt cardiaque ressuscité (26 %), une endocardite (8,5 %) ou une myocardite (4 %). Les survies en réanimation, à l'hôpital, à j28 et à un an étaient respectivement de 53, 47, 43 et 32 %. Comparés aux patients non survivants en réanimation, les patients survivants étaient plus jeunes (57 contre 64 ans, $p = 0,023$), avaient un score IGSII à l'admission et un pic de lactate artériel moins élevés (53 contre 74, $p < 0,0001$ et 4,1 contre 7,2 mmol/l, $p = 0,001$ respectivement). Les données du monitoring hémodynamique n'étaient pas différentes entre les deux groupes à l'admission. À h24, les survivants avaient un index de puissance cardiaque et une pression artérielle diastolique et moyenne plus élevés ($p < 0,05$).

Conclusion : Le choc cardiogénique d'origine non ischémique est une pathologie au pronostic sévère mais une survie prolongée est observée chez un tiers des patients. Les paramètres hémodynamiques à l'admission en réanimation ne permettent pas de prédire l'évolution. Les patients survivants en réanimation ont une meilleure réponse au traitement, appréciée par les pressions artérielles diastolique et moyenne, ainsi que par l'index de puissance cardiaque mesurés à h24.

SP088

Embolies pulmonaires sévères : y a-t-il des différences entre les patients d'oncologie et les autres patients ?

S. Valade, V. Lemiale, D. Schnell, E. Mariotte, D. Reuter, A.-S. Moreau, E. Lengliné, E. Canet, B. Schlemmer, E. Azoulay
Service de réanimation médicale, CHU Saint-Louis, Paris, France

Introduction : L'embolie pulmonaire (EP) avec des signes de gravité est un motif classique d'admission en réanimation. Plusieurs facteurs et conditions sous-jacentes favorisent la maladie veineuse thromboembolique, notamment l'existence d'une néoplasie. Nous avons souhaité étudier les circonstances d'admission, la sévérité, les modalités thérapeutiques et le devenir des patients d'hématologie et d'oncologie hospitalisés en réanimation pour une embolie pulmonaire en comparaison avec des patients sans pathologie maligne.

Patients et méthodes : Étude rétrospective monocentrique, avec inclusion des patients hospitalisés en réanimation entre 2002 et 2011 pour la prise en charge d'une embolie pulmonaire ou dont le séjour en réanimation s'est compliqué d'une EP. Les résultats sont donnés sous la forme de valeurs (pourcentages) ou de médianes (IQR, 25–75). Des tests statistiques non paramétriques ont été utilisés pour comparer les 3 groupes.

Résultats : 119 patients ont été inclus (81 hommes et 38 femmes), 51 dans le groupe « patients contrôle » (PC), 27 dans le groupe « hématologie » (PH) et 41 dans le groupe « oncologie » (PO). La moyenne d'âge était plus élevée dans le groupe PO (63 versus 55 et 54 ans pour les groupes PC et PH) [$p < 0,01$]. La présentation clinique la plus fréquente était une détresse respiratoire (68 % des cas) ou un état de choc (28 % des cas). À l'interrogatoire, on retrouvait la présence d'une douleur thoracique chez 38 % (49 % PC, 26 % PH, 34 % PO) et d'une douleur du mollet chez 26 % (19 % PC, 32 % PO, 29 % PH). 61 % des patients avaient des signes de gravité au diagnostic et 9 arrêts cardiorespiratoires sont survenus dont 2/3 chez les patients d'oncologie. Le score SAPSII était significativement plus élevé chez les patients d'oncologie avec une médiane de 34 [27–58] ($p < 0,01$). L'EP était bilatérale dans près de la moitié des cas et révélatrice d'un cancer dans 10 % des cas et d'une hémopathie dans 15 %. Le doppler veineux des membres inférieurs retrouvait une thrombose veineuse profonde associée chez 39 % des patients (33 % PC, 36 % PO, 56 % PH) [$p = 0,03$]. 30 patients (soit 25 %, respectivement 11 PC, 7 PH et 12 PO) ont nécessité une ventilation mécanique et 13 patients (soit 11 %, respectivement 5 PC, 3 PH et 5 PO) l'utilisation de catécholamines. Une thrombolyse a été réalisée dans 12 % des cas. Concernant l'anticoagulation, les doses d'héparine utilisées étaient plus élevées dans le groupe PH ($p = 0,048$) [480 versus 420 unités/kg et 380 unités/kg dans les groupes PC et PO]. Le délai d'obtention d'une anticoagulation efficace, soit un TCA supérieur à 2, était de 6 à 12 heures dans les groupes PC et PH et de 4 à 6 heures dans le groupe PO. Un surdosage en héparine, défini par la nécessité de stopper le traitement, est survenu chez 43 % des PC, 37 % des PH et 38 % des PO avec un taux de complications hémorragiques similaire. Le délai médian de séjour en réanimation varie de 4 à 5 jours et la mortalité globale en réanimation est de 15 %, sans différence significative entre les trois groupes.

Conclusion : L'embolie pulmonaire reste une cause de mortalité en réanimation que ce soit dans la population générale ou chez des patients ayant un cancer ou une hémopathie sous-jacente. Cette étude ne montre pas de différence significative cliniquement pertinente au sein des trois groupes sur la présentation clinique, les modalités diagnostiques ou le traitement des EP.