

Pathologie digestive

Digestive pathology

© SRLF et Springer-Verlag France 2011

SP183

Atrésie de l'œsophage de type III : facteurs de risques précoces en réanimation de complications chirurgicales œsophagiennes durant la première année de vie

J. Naudin¹, A. Bonnard², S. Katsahian³, C. Madre¹,
S. Aizenfisz¹, S. Dauger¹

¹Service de réanimation pédiatrique, CHU Robert-Debré,
Paris, France

²Service de chirurgie pédiatrique, CHU Robert-Debré, Paris, France

³Département de biostatistiques, U717 Inserm, hôpital Saint-Louis,
Paris, France

Introduction : Les progrès dans la prise en charge médico-chirurgicale des atrésies de l'œsophage (AO) ont permis de diminuer de manière importante leur mortalité. Néanmoins, certains patients présentent des séquelles fonctionnelles invalidantes durant plusieurs années. Les complications les plus fréquentes concernent l'œsophage. Peu d'études se sont intéressées à l'impact de la prise en charge en réanimation sur la survenue de ces complications.

Patients et méthodes : Déterminer les paramètres cliniques précoces, observables dès le séjour en réanimation, favorisant la survenue de complications œsophagiennes au cours de la première année post-opératoire chez les nouveau-nés porteurs d'une AO de type 3 (classification de Ladd). Étude rétrospective monocentrique sur 11 ans et demi à l'hôpital Robert-Debré de tous les nourrissons consécutifs opérés d'une AO de type 3. Analyse uni- puis multivariée des facteurs prédictifs précoces en réanimation de complications œsophagiennes.

Résultats : 110 nouveau-nés ont été inclus, parmi lesquels 22 présentaient des complications œsophagiennes, sous forme de sténose anastomotique ($n = 16$), reperméabilisation de la fistule œso-trachéale ($n = 4$), reprise de l'anastomose, fuite anastomotique, œsophagocoloplastie et déconnexion œsogastrique. La durée de l'opération chirurgicale initiale est un facteur de risque de survenue de complications œsophagiennes en analyse univariée (OR = 1,01 [1–1,03] ; $p = 0,0496$) alors que la réalisation d'un remplissage vasculaire en postopératoire apparaît comme protecteur que ce soit en analyse univariée (OR = 0,09 [0,01–0,68] ; $p = 0,0201$) ou multivariée (OR = 0,09 [0,01–0,73] ; $p = 0,0243$).

Conclusion : Le remplissage vasculaire, et sans doute plus généralement l'état hémodynamique postopératoire, pourrait être un facteur important de la réanimation initiale, permettant de limiter la survenue de complications œsophagiennes en favorisant une cicatrisation optimale de l'œsophage réparé.

SP184

Transit digestif des patients traités par ventilation mécanique invasive et nourris par voie entérale.

Étude prospective observationnelle TransitREA

H. Soufflet¹, J.B. Lascarrou², A. Cottereau², M. Lemarié², C. Lebert²,
M. Fiancette², I. Vinatier², J.C. Lacherade², A. Yehia³,
L. Martin Lefevre², J. Reignier³

¹Service de réanimation, CHD de Vendée, La Roche-sur-Yon, France

²Service de réanimation polyvalente, CHD les Oudairies,
La Roche-sur-Yon, France

³Service de réanimation, CHD les Oudairies, La Roche-sur-Yon, France

Introduction : Les troubles de la mobilité intestinale sont présents chez plus de la moitié des patients sous ventilation mécanique (VM). Leurs causes sont multiples : médicamenteuses (morphiniques, amines), vasculaires par atteinte du territoire splanchnique (choc, amines, pression expiratoire positive), déséquilibre de la flore digestive (antibiotiques, décontamination sélective). Les patients constipés auraient un risque accru de pneumopathies nosocomiales et des durées de VM et de séjour prolongées. Cependant, à ce jour, les travaux ont porté que sur les patient constipés et aucune étude longitudinale n'a analysé le transit du patient dès sa mise sous VM et l'instauration de la nutrition entérale (NE). Les objectifs de ce travail sont de mieux caractériser le transit des patients ventilés et d'approfondir l'étude de la relation entre le transit et le pronostic des patients.

Patients et méthodes : Étude prospective monocentrique menée entre mai 2010 et mars 2011. Ont été inclus tous les patients placés sous VM pendant au moins 2 jours et chez qui la NE était débutée dans les 36 heures qui suivent le début de la VM. Étaient exclus les patients ayant eu une chirurgie digestive (< 1 mois), aux antécédents d'œsophagectomie, de gastrectomie et de duodéno pancréatectomie, porteurs d'une gastrotomie ou d'une jéjunostomie, présentant une hémorragie digestive active. Le soluté iso-calorique, iso-osmotique, sans fibre était administré à débit continu par une sonde naso-gastrique. L'apport calorique cible était compris entre 20 à 30 kcal/kg/j. La nutrition entérale était administrée conformément au protocole infirmier du service après prescription médicale du débit cible de soluté de NE. En cas d'intolérance, l'érythromycine était utilisée comme prokinétique (250 mg/6 h). L'utilisation des laxatifs n'était pas standardisée. La diarrhée était définie par la présence d'au moins deux selles liquides par jour. Le nombre et l'aspect des selles étaient recueillis quotidiennement. L'ensemble des données ont été recueillies à partir du dossier de soins informatisé du service (Care Vue Chart, Philips). Les résultats sont exprimés en moyenne \pm DS.

Résultats : 93 patients (22 H/9 F) ont été inclus (âge : 65 ± 14 ans, IMC : $28 \pm 5,5$ kg/m², IGSII 58 ± 16 , diabète : 17,2 %, motif médical : 97 %, durée de VM : 11 ± 10 jours, DMS 13 ± 12 jours, mortalité en réanimation : 32 %) totalisant 1 026 jours de NE. Aucune selle n'a été observée pendant un total de 778 jours (63,4 %), des selles normales pendant 339 jours (27,6 %), des selles diarrhéiques pendant

108 jours (8,8 %). 26 (28 %) patients n'ont pas émis de selles. Ces patients avaient une plus courte durée de VM (6 ± 3 jours) et un taux de mortalité plus élevé (42,3 % en réanimation). Les 77 autres patients ont repris leur transit en moyenne 6 jours (± 4 jours) après l'instauration de la NE, sur un mode « normal » pour 49 d'entre eux et un mode diarrhéique pour les 18 autres.

Tableau 1 Comparaison des patients à reprise de transit « normale » (< 6 jours) et ceux à reprise retardée		
Patients	Transit « normal » < 6 j n = 38	Transit retardé ≥ 6 j n = 29
IGSII		
Durée amines (j)	2 \pm 2	3 \pm 2
Durée antibiothérapie (j)	5 \pm 2	4 \pm 2
Morphiniques (dose cumulée) [mg]	6,7 \pm 7,6	10,6 \pm 12
PEP > 5 (durée d'exposition, j)	2 \pm 2	2 \pm 2
Délai de reprise du transit (j)	3,6 \pm 1,2	9,2 \pm 3,2
Diarrhée à la reprise du transit n (%)	11 (28,9)	10 (34,5)
Durée de séjour (j)	11,8 \pm 6,7*	20,6 \pm 16,5
Durée de VM (j)	9,9 \pm 5,8*	17,4 \pm 14,5
Pneumopathie nosocomiale	6 (15,6)	7 (24,1)
Autre infection nosocomiale	3 (7,9)	5 (17,2)
Mortalité en réanimation	12 (31,6)	7 (24,1)

Conclusion : Notre étude apporte une description détaillée du transit des patients ventilés et nourris par voie entérale ; elle montre que, à gravité égale, l'absence de reprise d'un transit digestif dans les cinq premiers jours est associée à une augmentation de la durée de VM et de la durée du séjour en réanimation. Il n'est toutefois pas possible de déterminer si la constipation est un facteur ou un marqueur d'une évolution péjorative.

SP185

Les colites aiguës graves : prise en charge aux urgences (expérience du service de gastroentérologie de CHU de Marrakech)

K. Elfadil, Z. Samlani, A. Diffaa, K. Krati

Gastroentérologie, CHU Mohammed-VI Marrakech, Marrakech, Maroc

Introduction : La colite aiguë grave (CAG) est une complication qui survient chez 10 à 15 % des patients atteints de RCH. Elle peut survenir également mais de façon moindre au cours d'une maladie de Crohn ou d'une colite infectieuse, elle est volontiers inaugurale. Sa mortalité est estimée à 2 %. La prise en charge des formes non compliquées repose sur la corticothérapie intraveineuse, et en cas d'échec, sur un traitement médical de deuxième ligne et la colectomie. Le but de notre travail est de décrire les particularités de prise en charge de cette urgence médico-chirurgicale dans notre contexte et d'analyser ainsi les résultats obtenus.

Patients et méthodes : Nous rapportons une étude rétrospective menée au service de gastroentérologie du CHU Mohamed-VI de Marrakech, portant sur 55 cas de colite aiguë grave colligés sur une période de 7 ans, allant d'octobre 2004 à octobre 2011. Il s'agit de 32 femmes et 23 hommes, avec une moyenne d'âge de 40 ans. Répartis en 5 cas de maladie de Crohn et 50 cas de rectocolite hémorragique. La poussée sévère était inaugurale dans 62,5 % des cas. Un bilan biologique fait de NFS, VS et albuminémie était réalisé chez 100 % des patients ainsi qu'une copro-parasitologie des selles et une coloscopie gauche avec biopsie.

Résultats : La prise en charge initiale a consisté chez tous nos malades en une corticothérapie intraveineuse (100 %), avec une héparino-prophylaxie et une recherche systématique de l'infection (recherche d'inclusions de CMV par une biopsie per-endoscopique et recherche de toxines de *Clostridium difficile* à la copro-parasitologie des selles). Un recours d'emblée à la colectomie subtotalaire en raison de la survenue d'une complication dans 10,8 % des cas. Chez 5 patients ont eu recours à un traitement médical de deuxième ligne, après échec de la corticothérapie intraveineuse. Il s'agissait dans tous les cas de la ciclosporine orale à dose de 4 mg/kg/j avec une prophylaxie primaire de la pneumocystose donnée pendant une durée moyenne de 3 mois et relayés par l'azathioprine. Pour les 45 patients (82,6 %) restants une rémission sur corticothérapie, avec relais per os étaient notés. Sur un recul moyen de 49 mois, on a noté 3 cas de décès survenus tous en per opératoire par choc septique et une morbidité de 2/55. Il s'agissait d'un cas de réactivation de CMV sous ciclosporine traitée par ganciclovir et d'un cas d'ostéoporose cortico-induite chez un malade non observant avec une prise cachée de corticoïdes. Toutefois, on n'a pas noté de cas de colectomie secondaire, ni d'autre surinfection spécifique ou non spécifique.

Conclusion : La colite aiguë grave est une urgence médico-chirurgicale qui en l'absence d'une prise en charge précoce et multidisciplinaire spécialisée risque de mettre en jeu le pronostic vital.

SP186

L'hydatidose péritonéale : à propos de 27 cas

N. Ihfa¹, Y. Narjis², S. Gharaba³, H. Enadam⁴

¹Chirurgie viscérale, hôpital Ibn-Tofail, CHU Mohammed-VI Marrakech, Maroc

²Chirurgie digestive, service de chirurgie viscérale, hôpital Ibn-Tofail, Marrakech, Maroc

³Service de gastroentérologie, hôpital Ibn-Tofail, Marrakech, Maroc

⁴Service de radiologie, hôpital Ibn-Tofail, Marrakech, Maroc

Introduction : L'hydatidose péritonéale est une affection parasitaire secondaire à l'ensemencement de la séreuse péritonéale, primitif ou secondaire, par les larves d'*Echinococcus granulosus*. Elle est le plus souvent secondaire à la rupture ou à la fissuration des kystes hydatiques (hépatiques++). Son traitement radical est chirurgical et le traitement médicamenteux antiparasitaire prévient les récurrences.

Résultats : La fréquence est de 7,16 %. L'âge moyen était de 39,3 ans avec une nette prédominance féminine (77,77 %). L'origine rurale était retrouvée dans 74,07 %. Onze patients étaient déjà opérés pour kyste hydatique (KH). Quatre patients étaient admis en urgence pour rupture aiguë de KH dont deux sur traumatisme abdominal. Le tableau clinique était dominé par les douleurs abdominales (92,59 %) et les masses abdominales (40,74 %). L'échographie abdominale a fait le diagnostic positif dans 90 % des cas. La fiabilité du diagnostic topographique de la tomodynamométrie était de 96,29 %. Vingt-six patients (96,29 %) ont été opérés et une patiente jugée inopérable était traitée médicalement. Le traitement de l'HP était le plus radical possible. Tous les patients étaient mis sous albendazole (8 mg/kg/j) trois semaines par mois pendant 9 à 12 mois. La mortalité était nulle et la morbidité était de 18,51 %, avec quatre cas de fistules biliaires et un cas d'infection de la paroi. Trois cas de récurrences ont été observés après un recul moyen de 23 mois. La durée moyenne d'hospitalisation était de sept jours.

Conclusion : Le diagnostic de l'HP est souvent difficile. L'imagerie (scanner) permet à la fois, de poser le diagnostic positif et surtout de faire un diagnostic topographique précis. Le traitement radical est essentiellement chirurgical et le traitement médical est préconisé pour prévenir les récurrences.

SP187

Prévalence, risques et problèmes liés à l'incontinence fécale aiguë en soins intensifs :**les résultats d'une enquête nationale « FIRST™ »**C. Bengler¹, C. Boule Geronimi², F. Pinsard³, C. Comby⁴¹Service de réanimation polyvalente, GHU Carêmeau, Nîmes, France²Service de réanimation polyvalente, centre hospitalier, Douai, France³Service de réanimation chirurgicale, CHU de Rouen, Rouen, France⁴Service de réanimation médicale, CHU Lyon-Sud, Lyon, France

Introduction : La prise en charge de l'incontinence fécale avec diarrhées en soins intensifs est une priorité. Elle a pour but de réduire les troubles cutanés au niveau du périnée, la propagation de l'infection. Aujourd'hui, nous manquons cruellement d'informations précises de prévalence sur cette pathologie. L'objectif de l'enquête « FIRST™ » (Fecal Incontinence Re-evaluation Study) est de fournir des données sur la prévalence, les risques et les problèmes liés à l'incontinence fécale aiguë, avec des selles liquides ou semi-liquides, en soins intensifs.

Patients et méthodes : Une enquête descriptive a été menée en France en unités de soins intensifs en utilisant un questionnaire élaboré par un comité scientifique européen. Le même questionnaire a été traduit et utilisé dans 10 autres pays européens dont l'Allemagne, l'Angleterre, l'Italie et l'Espagne. Ce questionnaire comportait 20 questions et pouvait être complété par différents professionnels de santé comme le chef de service, le médecin réanimateur, le cadre infirmier ou l'infirmier spécialisé mais aussi le pharmacien de l'établissement. Les questions étaient d'ordre épidémiologique au moment du remplissage du questionnaire, à la fois sur le nombre de patients dans le service souffrant d'incontinence fécale mais aussi du nombre d'infections nosocomiales. Plusieurs items étaient reportés sur la prise en charge actuelle des diarrhées en réanimation.

Résultats : Un total de 184 questionnaires a été complété par 70 % d'infirmiers, 21,5 % de médecins et 8,5 % de pharmaciens. La prévalence de l'incontinence fécale aiguë a été estimée à 11,5 % au jour où l'enquête a été menée ce qui situe la France proche de l'Espagne et de l'Italie avec respectivement pour ces deux pays 9,4 et 10,1 %. La prise de conscience actuelle au sein des établissements français interrogés concernant les défis cliniques associés à la prise en charge de l'incontinence fécale aiguë est moyenne, il en est de même pour la priorité accordée à cette prise en charge. Dans 73 % des services il n'y a pas de protocole spécifique mis en place pour la gestion des diarrhées intenses. Un tiers des patients souffrant d'incontinence fécale au jour de l'enquête avaient des troubles cutanés. La protection de la peau et la réduction du risque de contamination croisée ont été reportés comme les objectifs cliniques les plus importants en matière de soins. Plus de deux tiers des répondants ont estimé que le temps de change d'un patient souffrant d'épisodes diarrhéiques est estimé entre 10 et 20 minutes, et dans la majorité des cas la mobilisation de 2 infirmiers mais parfois 3 sont nécessaires. Ces résultats sont les mêmes quel que soit la population interrogée, médecins ou infirmiers. Pour prendre en charge ces diarrhées, les entérocollecteurs fécaux étaient utilisés dans 36,9 % des cas et les serviettes et les couches dans 30 %. Pour ceux qui utilisent les entérocollecteurs fécaux, les principaux bénéfices décrits étaient de prévenir les lésions cutanées et de réduire les risques de contamination et de dissémination de l'infection. L'amélioration du confort et de la dignité du patient arrivant en 3^e position. Les résultats les plus marquants seront comparés à ceux des autres pays européens ayant participé à l'enquête.

Conclusion : L'incontinence fécale aiguë en soins intensifs semble toujours être un problème sous estimé et d'autres recherches sont nécessaires pour affiner nos connaissances dans ce domaine. Les résultats ont permis la mise en place d'une étude observationnelle multicentrique européenne afin de collecter des données plus nombreuses et plus robustes.

SP188

Amélioration du pronostic des malades cirrhotiques en réanimation en 10 ansA. Galbois¹, M.L. Trompette¹, V. Das², P.Y. Boëlle³, N. Carbonell⁴, D. Thabut⁵, C. Housset⁶, H. Ait-Oufella¹, J.L. Baudel¹, M. Alves¹, D. Margetis¹, G. Offenstadt¹, E. Maury¹, B. Guidet¹¹Service de réanimation médicale, hôpital Saint-Antoine, Paris, France²Service de réanimation polyvalente, CHI André-Grégoire, Montreuil, France³Service de santé publique, hôpital Saint-Antoine, Paris, France⁴Service d'hépatologie, hôpital Saint-Antoine, Paris, France⁵Service d'hépatogastroentérologie, hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Paris, France⁶UMR S 938, CDR Saint-Antoine, Inserm, Paris, France

Objectif : L'admission en réanimation des malades atteints de cirrhose a longtemps été associée à une très lourde mortalité mais quelques études récentes ont rapporté un taux de survie bien meilleur, de l'ordre de 60 %. L'objectif était d'évaluer si le pronostic des malades cirrhotiques admis en réanimation s'était amélioré en une décennie.

Patients et méthodes : Étude rétrospective monocentrique menée dans le service de réanimation médicale d'un CHU. Tous les malades atteints de cirrhose admis durant deux périodes de 3 ans séparées de 10 ans ont été analysés (période 1 [P1] : 1995–1997, période 2 [P2] : 2005–2008). Les malades de la période 2 ont déjà été analysés dans un travail évaluant leur pronostic [1].

Résultats : 56 malades cirrhotiques ont été admis en réanimation durant la période 1 et 138 durant la période 2, représentant respectivement 2,3 et 4,5 % des admissions ($p < 0,01$). Les patients admis durant la période 2 avaient une meilleure autonomie (Knaus A/B/C/D : P1 : 7,1/53,6/35,7/3,6 % vs P2 : 28,2/47,8/22,5/1,5 %, $p < 0,01$) et moins de comorbidités (Charlson : P1 : 1,79 ± 2,22 vs P2 : 1,02 ± 1,40, $p = 0,02$). Les malades admis durant la période 2 avaient une cirrhose plus évoluée (Child-Pugh : P1 : 8 (7–13) vs P2 : 11 (8–13), $p = 0,04$; MELD : P1 : 16 (12–28) vs P2 : 22 (15–31), $p = 0,02$), un SOFA plus élevé (P1 : 7,3 ± 5,6 vs P2 : 11,3 ± 5,5, $p < 0,01$) et un SAPSII plus élevé (P1 : 44 ± 26 vs P2 : 53 ± 25, $p = 0,04$). La mortalité brute en réanimation était similaire (P1 : 39,3 % vs P2 : 41,3 %, $p = 0,92$). L'effet de la période sur la mortalité a été évalué après ajustement sur les variables identifiées comme associées à la mortalité par l'analyse univariée (Tableau 1).

Tableau 1		
Variables	OR [IC 95 %] ajusté de mortalité en réanimation	OR [IC 95 %] ajusté de mortalité après la réanimation
Période 2 vs période 1	0,36 [0,15 ; 0,88]	1,93 [0,40 ; 9,28]
Sexe masculin	0,58 [0,26 ; 1,29]	2,25 [0,50 ; 10,02]
Âge (par décennie)	1,04 [1,01 ; 1,07]	1,04 [0,98 ; 1,10]
Sepsis à l'admission	3,15 [1,42 ; 7,00]	–
Score SOFA à j1 (par point)	1,36 [1,23 ; 1,52]	1,23 [1,07 ; 1,41]
Child-Pugh C vs A	1,66 [0,25 ; 10,86]	–
Admission liée à une complication de la cirrhose	–	5,21 [1,48 ; 18,32]
Séjour en réanimation ≥ 7 jours	–	3,32 [1,03 ; 10,73]

Discussion : Les malades cirrhotiques admis durant la période 2 étaient plus graves mais plus sélectionnés sur leur autonomie et leurs comorbidités. Après ajustement sur la gravité, la mortalité en réanimation de

ces malades a beaucoup diminué dans notre service en 10 ans, sans que la mortalité post-réanimation ne soit modifiée. En dehors de la période d'admission, les principaux facteurs de risque de mortalité en réanimation sont le sepsis et les défaillances d'organes (SOFA) mais pas la gravité de la cirrhose (Child-Pugh). Le dessin de l'étude ne permet pas de préciser avec certitude pourquoi la mortalité en réanimation s'est améliorée. Le principal facteur de risque de mortalité après le séjour en réanimation est l'admission directement liée avec une complication de la cirrhose. La prise en compte de ce résultat dans l'évaluation d'une indication à l'inscription dans un processus de transplantation hépatique mérite d'être évaluée.

Conclusion : Le pronostic en réanimation des malades cirrhotiques s'est considérablement amélioré dans notre service en 10 ans. Ce résultat encourageant est en accord avec la diminution des taux de mortalité rapportés récemment dans la littérature.

Référence

1. Das V, Boelle PY, Galbois A, et al (2010) Cirrhotic patients in the medical intensive care unit: early prognosis and long-term survival. *Crit Care Med* 38:2108–16

SP189

Alcoolisation aiguë, CRP, expression du CD64 et sous-populations des cellules circulantes identifiées par cytométrie de flux

A. Gacouin¹, M. Roussel², A. Gros¹, L. Chimot¹, S. Lavoue¹, S. Marque¹, F. Uhel¹, T. Fest², Y. Le Tulzo¹

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

²Laboratoire d'hématologie-immunologie, CHU de Rennes, hôpital Pontchaillou, Rennes, France

Introduction : L'impact de l'alcoolisation aiguë sur l'immunité des patients admis en soins intensifs ou en réanimation a été essentiellement étudié chez les brûlés ou les patients polytraumatisés [1]. L'alcoolisation aiguë est associée à une diminution de la réponse inflammatoire alors que la consommation excessive et chronique d'alcool semble augmenter cette réponse [2]. Le but de cette étude était de comparer à l'admission en réanimation médicale la CRP, l'expression du marqueur CD64 sur les polynucléaires neutrophiles (PNN), les monocytes circulants et différents sous-types de cellules circulantes (lymphocytes B– T cytotoxiques et T non cytotoxiques-NK, monocytes pro-inflammatoires CD16 positifs) identifiés par cytométrie de flux entre les patients admis pour alcoolisation aiguë (OH > 1 g/l), les consommateurs à risque (3 verres ou plus chez l'homme < 65 ans ; 2 verres ou plus chez la femme ou l'homme ≥ 65 ans) et les patients abstinentes ou buveurs modérés.

Patients et méthodes : Données collectées une période de 6 mois en 2010 chez des consommateurs à risque ou non à risque ayant séjourné 3 jours ou plus et comparées à des données de patients admis pour alcoolisation aiguë (coma éthylique associé ou non à la prise de médicaments). Étaient comparées les caractéristiques démographiques classiques et biologiques d'admission en réanimation, l'existence ou non d'une infection à l'admission. À l'admission, le prélèvement de NFS permettait par cytométrie de flux le dosage du CD64 index (Kit Leuco64™, Trillium diagnostics, LLC, États-Unis) et l'identification des sous-populations cellulaires par cytométrie 6 couleurs. Les variables continues étaient exprimées par la médiane (25^e–75^e percentiles) et étaient comparées par le test non paramétrique de Kruskal Wallis.

Résultats : Trois cent trente-huit patients ont été étudiés, 102 consommateurs à risque (30 %), 203 consommateurs non à risque (60 %) et

33 patients avec une alcoolisation aiguë (10 %). La médiane de l'alcoolémie était de 2,7 g/l (2,1–4,1) en cas d'alcoolisation aiguë. Sur les 338 patients, 167 (49 %) se présentaient avec une infection, 40 patients (12 %) étaient admis après chirurgie urgente dont 33 après transplantation. Les patients avec alcoolisation aiguë étaient significativement plus jeunes que les consommateurs à non à risque et ceux à risque (41 ans (32–52) vs 57 ans (45–73) et 60 ans (48–72) respectivement, $p < 0,0001$) et avaient une lactatémie plus élevée (2,8 mmol/l (1,9–6,3), 2,1 (1,4–3,2) et 1,8 (1,2–3,5) respectivement, $p = 0,007$). Comparés aux autres patients, ceux avec alcoolisation aiguë avaient une CRP significativement moins élevée, un CD64 index sur les PNN et les monocytes moins élevé, un nombre plus faible de monocytes pro-inflammatoires circulants mais par contre un nombre plus élevé de lymphocytes B et T non-cytotoxiques (Tableau 1). Ces mêmes différences significatives étaient constatées lorsque les comparaisons étaient réalisées dans le sous groupe des patients non infectés à l'admission. Seuls 2 patients avec alcoolisation aiguë se présentaient avec une infection, n'autorisant pas de comparaisons dans le sous-groupe des patients infectés.

Tableau 1

	OH aiguë	À risque	Non à risque	p
CRP, mg/l	2 (1–12)	97 (28–206)	81 (20–97)	< 0,01
PNN CD64 index	0,8 (0,7–0,9)	1,4 (1,0–2,76)	1,6 (1,0–2,9)	< 0,01
Mono CD64 index	7 (6–8,6)	10 (9–13)	10 (7,5–13)	< 0,01
Lymphos B, G/l	0,3 (0,2–0,4)	0,1 (0,06–0,2)	0,2 (0,1–0,3)	< 0,01
Lympho T non cyt, G/l	1,4 (0,8–1,9)	0,5 (0,3–0,8)	0,5 (0,2–0,9)	< 0,01
Monos CD16+, G/l	0,05 (0,03–0,09)	0,08 (0,04–0,2)	0,11 (0,04–0,2)	< 0,01

Conclusion : Comme ce qui a été constaté chez les brûlés ou les polytraumatisés, nous constatons que la consommation aiguë et massive d'alcool est associée à une diminution de la réaction inflammatoire chez les patients de réanimation. De plus nos résultats suggèrent qu'elle pourrait altérer l'expression du CD64 sur les PNN contrairement à ce que nous avons constaté chez les buveurs excessifs chroniques. L'augmentation du nombre de lymphocytes B circulants chez les alcoolisés aigus n'était pas un résultat attendu.

Références

1. Moss M, Burnham EL (2006) Alcohol abuse in the critically ill patient. *Lancet* 368:2231–42
2. Szabo G, Mandrekar P (2009) A recent perspective on alcohol, immunity, and host defense. *Alcohol Clin Exp Res* 33:220–32

SP190

Pronostic des hépatites fulminantes admises en réanimation dans un centre de transplantation hépatique : influence de la dialyse MARS chez 107 patients

C. Camus¹, A.L. Malot², A. Gacouin¹, S. Lavoue¹, S. Marque¹, A. Gros¹, L. Chimot¹, P. Compagnon¹, Y. Le Tulzo¹

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

²Département d'anesthésie et réanimation, CHU de Rennes, hôpital Pontchaillou, Rennes, France

³Service de chirurgie digestive et transplantation hépatique, CHU de Rennes, hôpital Pontchaillou, Rennes, France

Introduction : Le pronostic des hépatites fulminantes (HF) s'est amélioré au cours des dernières décennies. La dialyse MARS a été proposée en traitement de suppléance. Nous avons analysé les facteurs

pronostiques et la survie des HF admises en réanimation de 2000 à 2010, depuis l'utilisation de la dialyse MARS.

Patients et méthodes : Étude rétrospective de tous les patients admis pour HF et présentant des critères biologiques de sévérité de l'insuffisance hépatique (issus des critères de transplantation hépatique [TH]). Les patients sans encéphalopathie (EH) évidente initialement ont été inclus s'ils remplissaient les critères biologiques de TH à l'admission. Les patients avec hépatopathie chronique ont été exclus. Le critère de jugement principal était la survie sans TH à j28. La survie à long terme (≥ 2 ans, jusqu'à 10 ans) a également été étudiée. Les variables quantitatives sont exprimées par la médiane et comparées par test non paramétrique. Les facteurs de survie à j28 ont été analysés par régression logistique et la survie à long terme étudiée par la méthode de Kaplan Meier.

Résultats : Des 177 patients admis pour IHA, 107 étaient éligibles. 103 (96 %) ont présenté les critères stricts de TH (King's ou Clichy). Les étiologies étaient : paracétamol (PCT, 33 %), toxique non PCT (25 %), autre (42 %). La N-acétylcystéine a été prescrite dans 89 % (55/62) des causes toxiques PCT ou non PCT versus 44 % (20/45) des causes autres ($p < 0,001$). 60 patients (56 %) ont reçu ≥ 1 séance MARS (médiane/pt = 2). La durée de séjour en réanimation était ≥ 72 heures chez 90 % des patients traités par MARS et 83 % des patients non traités ($p = 0,39$). À j28, 52 patients (49 %) étaient vivants sans TH. Ces patients étaient plus jeunes (42 vs 50 ans, $p = 0,05$), avaient initialement des scores SOFA (6,5 vs 9) et IGS2 (37 vs 60) plus bas ($p < 0,01$). Les facteurs de coagulation étaient plus élevés (TP 20 vs 14 % ; INR 4,4 vs 6,5 ; fibrinogène 1,9 vs 1,4 g/l), la bilirubine totale (73 vs 108 $\mu\text{mol/l}$) et l'acide lactique (3,4 vs 7 mmol/l) plus bas (tous $p < 0,05$), traduisant une défaillance hépatique moindre et correspondant à un score MELD initial plus bas (35 vs 41, $p = 0,002$). La survie sans TH à j28 différait aussi selon l'évolution de l'EH des

24 premières heures (aggravation : 24 % ; stabilité : 48 % ; amélioration : 85 %), selon l'étiologie (PCT : 66 %, toxique non PCT : 67 % ; autre : 34 %) et selon une durée totale de traitement par MARS ≥ 17 heures (correspondant à ≥ 3 séances) [81 vs 41 %] (tous $p < 0,001$). En analyse multivariée incluant les variables suivantes : IGS2, MELD à l'admission, étiologie de l'HF, évolution de l'EH dans les 24 heures, critères de TH sans contre-indication et MARS ≥ 17 heures, les variables pronostiques pour la survie à j28 sans TH étaient l'amélioration de l'EH à 24 heures (OR = 17,26 ; 4,06–73,45 ; $p < 0,001$), l'étiologie PCT (OR = 6,76 ; 1,75–26,17 ; $p = 0,006$), l'étiologie toxique non PCT (OR = 5,32 ; 1,27–22,34 ; $p = 0,02$), la dialyse MARS ≥ 17 heures (OR = 7,33 ; 1,41–38,15 ; $p = 0,02$), et l'IGS2 (OR = 0,97 ; 0,94–0,998 par unité ; $p = 0,04$). 27 patients ont été transplantés, avec une survie à long terme à 85 %. Le recours à la TH était de 1/22 (5 %) en cas de MARS ≥ 17 heures vs 26/85 (31 % ; $p = 0,01$) si MARS < 17 heures ou pas de traitement. Chez les patients non transplantés, la survie était meilleure (non significatif) en cas de MARS ≥ 17 heures (à 2 ans : 74,3 vs 55,5 % ; $p = 0,075$).

Conclusion : Au cours des hépatites fulminantes, l'étiologie, l'évolution de l'EH dans les 24 heures et la durée de MARS ≥ 17 heures (≥ 3 séances) influencent le pronostic. La dialyse MARS pourrait réduire le recours à la TH.

Bibliographie

1. Camus C, Lavoué S, Gacouin A, et al (2009) Liver transplantation avoided in patients with fulminant hepatic failure who received albumin dialysis with the molecular adsorbent recirculating system while on the waiting list: impact of the duration of therapy. *Ther Apher Dial* 13:549–55
2. Saliba F, et al (2008) FULMAR study group. *Hepatology* (Suppl);48: Abstract LB4