

Insuffisance rénale aiguë

Acute kidney injury

© SRLF et Springer-Verlag France 2012

SPF047

Faut-il faire des verrous d'anticoagulant pour les cathéters d'hémodialyse en réanimation ?

J.F. Soubirou¹, M. Commereuc², A. Constan³, I. Bourgeon-Ghittori³, F. Schortgen³

¹Service de réanimation médicale et infectieuse, CHU Bichat–Claude-Bernard, Paris, France

²Service de réanimation médicale, CHU Cochin–Saint-Vincent-de-Paul, site Cochin, Paris, France

³Service de réanimation médicale, CHU Henri-Mondor, Créteil, France

Introduction : Afin de maintenir la perméabilité des cathéters d'hémodialyse (KTHD) et de prévenir les infections, les verrous d'héparine ou de citrate sont fréquents en réanimation [1,2]. Leur rapport bénéfice/risque n'a pas été évalué alors qu'ils entraînent un passage systémique d'anticoagulant pouvant induire des complications hémorragiques. Pour cette raison, nous n'utilisons que des verrous de sérum physio entre les séances d'hémodialyses intermittentes (HDI). Nous avons évalué l'incidence des dysfonctions de KTHD afin de les comparer aux données de la littérature.

Patients et méthodes : Cent KTHD ont été prospectivement inclus chez 75 patients traités par 358 HDI sur KTHD double lumière jugulaire (16 cm) ou fémoral (25 cm imprégnés d'antiseptique). Les dysfonctions de KTHD étaient définies par la nécessité d'inverser les lignes ou de remplacer le KTHD en cas d'impossibilité de maintenir un débit sang supérieur à 200 ml/min.

Résultats : Le SAPS II était de 65 [52–82], 57 % des patients avaient un sepsis sévère/choc septique, 63 % étaient dialysés pour une IRA. L'utilisation d'héparine était contre-indiquée dans 36 % des HDI. Les HDI étaient réalisées sur 4,0 (3,5–4,5) heures tous les 1,25 (1,00–1,67) jours avec un débit sanguin de 233 (200–250) ml/min et un taux de réduction de l'urée de 43 (33–54) %. Les caractéristiques des KTHD sont indiquées dans le Tableau 1. Une inversion des lignes a été nécessaire dans 5 % des HDI.

Tableau 1. Caractéristiques des patients et cathéters	
	Cathéters n = 100
Plaquettes à la pose, G/l	144 (65–244)
TP à la pose, %	60 (40–73)
Site : fémoral/Jug D/Jug G, n	67/29/11
Jours de cathétérisme, médiane	5 (3–8)
HDI par KTHD, médiane	3 (1–5)
KTHD retiré pour dysfonction	
Nombre	13
Nombre/1 000 jours de cathétérisme	22
Bactériémie liée au KTHD	0

Dans notre étude, l'incidence des dysfonctions des KTHD est similaire à celles rapportées avec des verrous d'héparine (11 % d'ablation de KTHD et 9 % d'inversion de ligne) ou de citrate (26 dysfonctions/1 000 jours) [1,2].

Conclusion : Les verrous de sérum physio semblent efficaces pour prévenir les dysfonctions et les infections des KTHD.

Références

1. Parienti JJ, Mégarbane B, Fischer MO, et al (2010) Catheter dysfunction and dialysis performance according to vascular access among 736 critically ill adults requiring renal replacement therapy: a randomized controlled study. *Crit Care Med* 38:1118–25
2. Hermite L, Quenot JP, Nadji A, et al (2012) Sodium citrate versus saline catheter locks for non-tunneled hemodialysis central venous catheters in critically ill adults: a randomized controlled trial. *Intensive Care Med* 38:279–85

SPF048

L'hémodialyse intermittente sans anticoagulant : quels résultats ?

J.F. Soubirou¹, M. Commereuc², A. Constan³, I. Bourgeon-Ghittori³, F. Schortgen³

¹Service de réanimation médicale et infectieuse, CHU Bichat–Claude-Bernard, Paris, France

²Service de réanimation médicale, CHU Cochin–Saint-Vincent-de-Paul, site Cochin, Paris, France

³Service de réanimation médicale, CHU Henri-Mondor, Créteil, France

Introduction : L'hémodialyse intermittente (HDI) peut être réalisée sans anticoagulation (Acoag) du circuit extracorporel (CEC). Cette technique est adaptée aux patients à risque hémorragique. Une Acoag régionale est une alternative proposée. Aucune donnée n'est disponible en réanimation sur l'efficacité de ces techniques pour la prévention des thromboses des CEC en HDI.

Patients et méthodes : Dans notre unité, nous utilisons un protocole d'Acoag des HDI par HBPM en fonction du risque hémorragique : 1) patient sans risque : énoxaparine 20 mg au branchement + 20 mg à mi-séance ; 2) risque modéré : énoxaparine 20 mg au branchement ; 3) risque élevé : rinçage du CEC 100 ml/30 min ; 4) patient déjà anticoagulé par HNF : même dose en préfiltre. La présence de caillots et l'impossibilité partielle ou totale de restitution du CEC sont recueillies à la fin des HDI. Trois cent soixante-sept HDI sur KT double lumière ont été analysées chez 75 patients.

Résultats : La durée médiane des HDI était de 4,0 (3,5–4,5) heures, avec un débit sang de 233 (200–250) ml/min. Cent quarante-huit (40 %) HDI ont été effectuées sans Acoag. Vingt-quatre patients n'ont jamais reçu d'Acoag pour leurs HDI, leurs taux de plaquettes (94 [55–142] vs 200 [96–290]) G/l) et leur TP (35 [26–56] vs 61 [46–74] %) étaient significativement plus bas au début du traitement par dialyse ($p < 0,01$). Leur

taux moyen de réduction de l'urée était de 42 ± 17 vs 46 ± 10 % chez les patients recevant des Acoag ($p = 0,25$). L'incidence des coagulations de CEC n'était pas supérieure chez les patients sans Acoag (Fig. 1).

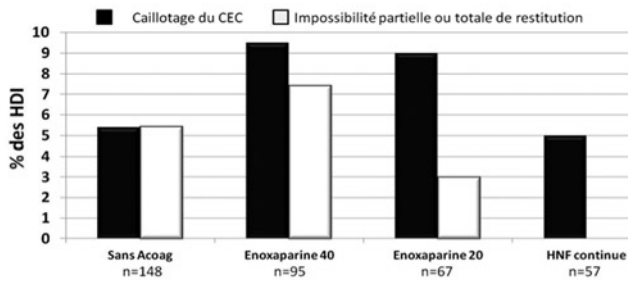


Fig. 1. Incidences des coagulations de CEC

Conclusion : Dans notre centre, les HDI sans Acoag sont fréquentes et se compliquent rarement de coagulation de CEC chez des patients avec troubles de l'hémostase. La dose de dialyse est identique. L'intérêt d'une anticoagulation régionale semble limité.

SPF049

Insuffisance rénale aiguë au cours du purpura thrombotique thrombocytopenique

L. Zafrani¹, E. Mariotte¹, E. Canet¹, V. Lemiale¹, A. Veyradier², P. Coppo³, D. Schnell¹, B. Schlemmer¹, E. Azoulay¹

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

²Service d'hématologie biologique, hôpital Antoine-Béclère, Clamart, France

³Service d'hématologie adulte, CHU Saint-Antoine, Paris, France

Introduction : Le purpura thrombocytopenique (PTT) de l'adulte, caractérisé par un déficit acquis en ADAMTS 13, s'accompagne de défaillances d'organes ischémiques, majoritairement neurologique, cardiaque et digestive. L'atteinte rénale aiguë au cours du PTT reste peu connue. Elle est dite absente en règle par opposition au syndrome hémolytique et urémique. Cette étude a pour but de décrire l'incidence, les caractéristiques et le pronostic de l'insuffisance rénale aiguë au cours du PTT grave de réanimation.

Patients et méthodes : Étude rétrospective monocentrique menée de novembre 2003 à août 2012. Tous les patients hospitalisés en réanimation ayant un PTT (activité ADAMTS 13 < 5 %) traité par corticoïdes et échanges plasmatiques ont été inclus dans l'étude.

Résultats : Quarante-trois patients âgés de 43 ans [29–52] ont été inclus dans l'étude. Les PTT étaient idiopathiques (43 %), secondaires à une maladie auto-immune (31 %) ou associés à l'infection VIH (11 %), à une infection bactérienne (8 %), à un médicament (4 %), ou à une grossesse (3 %). Des anticorps anti-ADAMTS 13 ont été retrouvés dans 67 % des cas. L'atteinte neurologique du PTT était observée chez 87 % des patients, l'atteinte cardiaque chez 46 % d'entre eux, et une atteinte digestive chez 36 % d'entre eux. Le score SOFA à l'admission était à 7 [2–19]. Au cours du séjour, l'épuration extrarénale a été instaurée dans 17 % des cas, la ventilation mécanique dans 13 % et les catécholamines dans 11 % des cas. Tous les patients ont reçu une corticothérapie et des échanges plasmatiques en réanimation. Dans les formes réfractaires de PTT, les patients recevaient du rituximab (31 %), de la vincristine (17 %), du cyclophosphamide (5 %) ou une splénectomie était réalisée (10 %). Les durées de séjour étaient de 7 [6–10] jours en réanimation et 19 [13–30] jours à l'hôpital. La mortalité en réanimation était de 5 %, de cause cardiaque, tous les malades décédés ayant un PTT avec atteinte rénale. L'insuffisance

rénale aiguë (IRA), définie par la classification RIFLE, était rapportée chez 51 (61 %) patients avec une créatininémie à l'admission à $137 \mu\text{mol/l}$ [77–527]. Trente-neuf pour cent étaient classés en stade R, 18 % en stade I et 37 % en stade F. Vingt-neuf pour cent des patients avec IRA ont été dialysés pendant 14 [1–43] jours. L'IRA avait un profil organique (82 % des cas) avec des anomalies du sédiment urinaire dans 80 % des cas. Il existait une protéinurie dans 73 % des cas (rapport protéinurie/créatininurie : 247 mg/mmol [25–2 832]) et une hématurie microscopique dans 33 % des cas. Une hémoglobinurie était présente dans 20 % des cas. Les patients avec IRA avaient une plus forte activité hémolytique avec LDH ($2 363$ [839–6 169] UI/l vs $1 914$ [743–4 732] ; $p = 0,02$) et bilirubine totale ($63,5$ [11–711] $\mu\text{mol/l}$ vs 32 [7,6–59], $p = 0,06$) plus élevées que chez les patients sans IRA. Une hypertension artérielle était plus fréquemment observée dans le groupe de patients avec IRA (80 vs 50 % ; $p = 0,01$). À l'inverse, la présence d'une IRA n'était pas associée à la fréquence des rechutes (14 vs 15 %, $p = 1$) du PTT, même si une tendance à une fréquence accrue des formes réfractaires était observée (35 vs 19 %, $p = 0,1$). À six mois, la créatininémie était revenue à sa valeur basale chez 88 % des survivants. Six patients conservaient une insuffisance rénale chronique à six mois, incluant six patients qui avaient une connectivité associée au PTT. Enfin, deux patients ont nécessité la mise en hémodialyse chronique.

Conclusion : L'IRA définie par la classification RIFLE est présente dans 61 % des cas des PTT acquis de l'adulte. Le profil est majoritairement organique, avec des anomalies du sédiment urinaire qui doivent être recherchées. Elle est associée aux PTT ayant une plus forte activité hémolytique. Elle est réversible dans la majorité des cas avec la guérison du PTT. La persistance d'une insuffisance rénale chronique doit faire rechercher une maladie auto-immune sous-jacente avec atteinte rénale spécifique.

SPF050

Méthotrexate (MTX) à forte dose dans les lymphomes de Burkitt inauguraux avec défaillances d'organes : ça passe ou ça casse

C. Pichereau¹, E. Canet², L. Galicier², B. Schlemmer², E. Azoulay²

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

²Service d'immunohématologie, CHU Saint-Louis, Paris, France

Introduction : La survie des patients atteints d'hétopathie maligne a augmenté ces dernières années, grâce aux thérapies ciblées et aux traitements intensifs. De fait, l'administration de chimiothérapie en réanimation, en même temps que la ventilation mécanique, les amines ou la dialyse est pratique courante, et les protocoles utilisés sont d'intensité croissante. Ainsi, dans les lymphomes de Burkitt, l'administration de très fortes doses de méthotrexate (MTX) est une condition majeure à la survie. Cependant, nombre de patients sont à risque accru de toxicité du MTX, essentiellement du fait d'une défaillance rénale compressive, infiltrative ou secondaire à un syndrome de lyse tumorale. L'objectif de cette étude est d'évaluer la tolérance et les résultats de l'initiation d'une chimiothérapie intensive chez des patients avec lymphomes de Burkitt ou apparentés admis en réanimation.

Patients et méthodes : Étude de cohorte observationnelle réalisée sur dix ans (janvier 2002–avril 2012) incluant tous les patients atteints d'un lymphome de Burkitt ou apparenté admis en réanimation avec une indication de chimiothérapie intensive (définie par une chimiothérapie incluant du MTX à forte dose : > 3 g/m²) urgente. Les données relatives à l'administration de la chimiothérapie et au séjour en réanimation ont été colligées. Les patients ont été suivis pendant un an après l'admission en réanimation.

Résultats : Trente patients (93 % d'hommes) âgés de 41 (IQR : 30–55,5) ans, atteints d'un lymphome de Burkitt ou apparenté diagnostiqué 3 [0–9] jours avant l'admission en réanimation, ont été analysés. Une infection HIV était associée dans 60 % des cas. Le score SOFA était à

3 [1–7] à j1 soulignant l'inadéquation du score chez ces patients à la phase aiguë inaugurale. Les principaux motifs d'admission étaient : syndrome de lyse tumorale (70 %), détresse respiratoire aiguë (10 %) et état de choc (7 %). Au cours du séjour, l'épuration extrarénale a été instaurée dans 80 % des cas principalement pour un syndrome de lyse tumorale, la ventilation mécanique dans 43 % et les catécholamines dans 30 %. Tous les patients ont reçu une chimiothérapie en réanimation. La durée de séjour était de 11 [2–18] jours en réanimation. Dans 36,7 % des cas ($n = 11$), une chimiothérapie intensive a pu être administrée. Une toxicité du MTX est alors survenue chez 81 % des patients. Il s'agissait d'atteintes cutanéomuqueuse dans 78 % des cas (mucite de grades III–IV), hématologique dans 55 % des cas (aplasie fébrile) et hépatique dans 43 % des cas (cytolyse hépatique de grade IV). Aucune toxicité rénale n'a été observée. Les toxicités rapportées ont été réversibles dans 100 % des cas. Aucun décès de cause toxique n'a été constaté parmi les patients ayant reçu une chimiothérapie contenant du MTX à forte dose. La surveillance systématique des taux résiduels de MTX dans les 96 heures suivant l'administration a mis en évidence deux surdosages modérés sans conséquences cliniques. La mortalité en réanimation des patients ayant reçu du MTX à forte dose a été de 18 %, toujours de cause septique. La survie à un an était de 82 %, tous les patients étaient en rémission complète. Dans 63 % ($n = 22$) des cas, la chimiothérapie administrée n'a pas comporté de MTX forte dose malgré une indication théorique formelle en raison de contre-indications majeures de type insuffisance rénale (79 %) et/ou une altération majeure de l'état général (79 %). Tous ses patients ont été traités avec des protocoles alternatifs dits curatifs. Leur mortalité en réanimation était de 41 %, liée à des complications septiques dans 85 % des cas. Dans les suites du séjour en réanimation, 78 % des patients n'ont pas pu recevoir le protocole de chimiothérapie prévu. Leur survie à un an était de 5 %. Le décès est survenu au cours de l'hospitalisation initiale dans 90 % des cas. Il était secondaire à une progression tumorale dans deux tiers des cas et d'origine septique dans un tiers des cas.

Conclusion : Au cours des lymphomes de Burkitt inauguraux admis en réanimation pour recevoir à la fois une chimiothérapie intensive et des suppléances d'organe, une chimiothérapie par MTX n'est possible que pour un tiers des patients si l'on respecte les contre-indications actuelles. La toxicité observée est fréquente, mais limitée et réversible. Lorsque l'intégrité de la chimiothérapie peut être administrée, le bénéfice sur la survie à long terme est substantiel. À l'inverse, l'utilisation de protocoles dégradés de chimiothérapie est quasiment palliative, majoritairement liée à une absence de contrôle de la maladie. À l'avenir, évaluer les résultats de l'administration de MTX, en dépit des contre-indications, semble une alternative préalable à la déclaration d'incurabilité chez ces patients présentant une mortalité de 95 % sans traitement optimal.

SPF051

Insuffisance rénale aiguë au cours du syndrome d'activation macrophagique

F. Aulagnon¹, L. Zafrani¹, R. Bernard¹, E. Canet¹, L. Galicier², V. Lemiale¹, A.S. Moreau¹, D. Schnell¹, N. Maziers¹, B. Schlemmer¹, E. Azoulay¹

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

²Service d'hématologie adulte, CHU Saint-Louis, Paris, France

Introduction : Le syndrome d'activation macrophagique (SAM) est lié à une stimulation inappropriée des cellules macrophagiques par des lymphocytes T cytotoxiques et NK dans la moelle osseuse ou le système lymphoïde. Le SAM peut être secondaire à diverses affections hématologiques, infectieuses ou auto-immunes. Il s'agit d'une pathologie pouvant s'accompagner de défaillances d'organes justifiant une prise en charge en réanimation. L'incidence, les causes et le pronostic lié à l'insuffisance rénale aiguë (IRA) au cours du SAM n'ont jamais été étudiés.

Patients et méthodes : Étude monocentrique rétrospective, descriptive menée de 2008 à 2012 incluant 54 patients hospitalisés en réanimation

et répondant aux critères de SAM (HLH-2004). L'IRA était définie par la classification RIFLE.

Résultats : L'âge médian des patients était de 47 [18–79] ans, et 70 % étaient des hommes. Le SAM était secondaire à une hémopathie maligne dans 78 % des cas (lymphomes B non hodgkiniens [$n = 14$], lymphomes T [$n = 10$], lymphomes plasmablastiques [$n = 5$], maladie de Hodgkin [$n = 5$], maladie de Castleman [$n = 4$]), à une infection (primo-infection CMV [$n = 2$], tuberculose [$n = 1$], infection à mycobactéries atypiques [$n = 1$]) dans 15 % des cas, à une maladie auto-immune (maladie de Still [$n = 1$], lupus érythémateux disséminé [$n = 1$]) dans 3,7 % des cas. Dix-neuf patients (35 %) étaient infectés par le VIH. Le traitement spécifique du SAM a associé corticoïdes (63 %) et étoposide (65 %) ou immunoglobulines intraveineuses (7,4 %). Vingt-neuf patients (44,4 %) ont reçu de la chimiothérapie en réanimation. La fièvre et la splénomégalie étaient présentes dans 89 et 60 % des cas respectivement. Les leucocytes étaient à 4 000/ μ l [1 800–9 850], les plaquettes à 51 500/ μ l [23 000–107 750] et l'hémoglobine à 8,3 g/dl [7,2–9,2]. Les taux sériques de ferritine et de LDH étaient augmentés à 6 500 [3 964–10 000] μ g/l et 1 006 [528–2 595] U/l respectivement. L'hypertriglycéridémie était en médiane à 2,78 [1,9–3,7] g/l. Une coagulation intravasculaire disséminée était observée chez 31,5 % des patients. Le score SOFA à l'admission était à 8 [5–11]. Les défaillances d'organes non rénales associées au SAM étaient : hémodynamique (42,5 %), hépatique (37,5 %), respiratoire (36,8 %) et neurologique (26,8 %). Au cours du séjour, 37,5 % des patients ont reçu des amines, 53,7 % ont été ventilés. La durée de séjour en réanimation était de 6 (1–55) jours et la mortalité en réanimation de 31,5 %. Une IRA a été observée chez 40 patients (75 %) avec une créatininémie à l'admission à 149 [94–262] μ mol/l. Selon la classification RIFLE, 15 % des IRA étaient en stade R, 15 % en stade I, et 70 % en stade F/L/E. L'épuration extrarénale a été initiée chez 67,5 % ($n = 27$) d'entre eux pendant une durée médiane de 11,5 [3–22] jours. Le sédiment urinaire était anormal dans 80 % des cas : protéinurie dans 75 % des cas (de rang glomérulaire pour 20 % d'entre elles) et hématurie microscopique dans 32,5 % des cas. L'IRA au cours du SAM était secondaire à une ou plusieurs des causes suivantes : fonctionnelle (50 %), administration de néphrotoxiques (42,5 %), nécrose tubulaire aiguë (31,5 %), syndrome de lyse tumorale (27,5 %), néphropathie glomérulaire (15 %), infiltration tumorale spécifique (10 %) ou IRA obstructive (5 %). La mortalité des patients ayant une IRA était de 35 % en réanimation et 69,5 % à six mois.

Conclusion : L'IRA est fréquente au cours du SAM, sévère, nécessitant un recours fréquent à l'épuration extrarénale et grevée d'un lourd pronostic quant à la mortalité et la fonction rénale à long terme. Les causes d'IRA sont multiples et peu d'entre elles sont évitables. Seule l'administration de néphrotoxiques (notamment les injections de produits de contraste iodés), fréquemment rapportée, doit être limitée au maximum.

SPF052

Pronostic à court et moyen termes associés à l'insuffisance rénale aiguë nécessitant une épuration extrarénale (EER) chez les patients d'oncohématologie

L. Fouché¹, M. Darmon², A. Etienne³, L. Chow-Chine¹, J.P. Brun¹, A. Sannini¹, J.M. Boher⁴, J.L. Blache¹, D. Mokart⁴

¹Réanimation médicochirurgicale, institut Paoli-Calmettes, Marseille, France

²Réanimation médicale, CHU Nord, Saint-Étienne, France

³Hématologie, institut Paoli-Calmettes, Marseille, France

⁴Département d'épidémiologie, institut Paoli-Calmettes, Marseille, France

Introduction : L'insuffisance rénale aiguë (IRA) est une défaillance viscérale fréquente chez les patients d'oncohématologie (POH) admis

en réanimation. L'objectif principal de ce travail était d'évaluer l'impact pronostique de cette dernière à court (pronostic hospitalier) et long termes (pronostic à un an) dans une cohorte de patients d'hématologie admis en réanimation.

Patients et méthodes : Étude de cohorte monocentrique prospective conduite entre janvier 2007 et décembre 2008. L'ensemble des patients de réanimation adultes présentant une pathologie hématologique maligne sous-jacente était inclus dans cette étude. Les facteurs associés à la survie hospitalière et à la survie à un an étaient entrés dans un modèle de régression logistique pas à pas. Les résultats sont rapportés en médiane (interquartile) ou n (%).

Résultats : Quarante-deux patients (53H/34F) ont été inclus dans cette étude. L'âge médian était de 60 ans [50–68]. La sévérité à l'admission, évaluée par le score LOD, était de 5 (3–8). La maladie sous-jacente était une leucémie aiguë dans 47 cas (54 %), un lymphome non hodgkinien dans 19 cas (22 %) et un myélome dans 11 cas (13 %). Quarante-deux patients (48 %) étaient admis en réanimation pendant ou au décours de la première cure d'induction. Le motif principal d'admission était un sepsis sévère/choc septique chez la majeure partie des patients (76 ; 87 %). Les traitements débutés en réanimation étaient la ventilation non invasive chez 38 patients, la ventilation conventionnelle chez 46 patients (dont 20 échecs de VNI) et les catécholamines chez 42 patients. Vingt-sept patients ont nécessité une EER au cours de leur séjour (31 %). L'ensemble de ces patients était traité selon une technique continue. La mortalité hospitalière était de 40 % et la mortalité à un an de 64 %. La nécessité de recourir à une épuration extrarénale était associée à la mortalité hospitalière (67 vs 28 % ; $p < 0,001$) et à la mortalité à un an (81 vs 57 % ; $p = 0,02$). Après ajustement sur les principaux facteurs confondants, l'EER restait associée à la mortalité hospitalière (OR : 5,2 ; IC 95 % : [1,6–16,5]), les autres facteurs pronostiques étant l'existence d'un SDRA à l'admission (OR : 11,3 ; IC 95 % : [1,8–70,0]) et la sévérité évaluée par le score LOD (OR : 1,3 par point ; IC 95 % : [1,1–1,5]). Par contre, l'EER n'était plus associée à la mortalité à un an après ajustement sur les principaux facteurs confondants [utilisation de catécholamines (OR : 2,8 ; IC 95 % : [1,01–7,6]) et admission au décours de la première cure d'induction (OR : 0,4 ; IC 95 % : [0,14–0,97])].

Conclusion : La mortalité hospitalière des patients d'hématologie ayant une insuffisance rénale aiguë nécessitant la dialyse reste élevée (67 %). Dans cette étude, l'EER était retrouvée comme facteur de risque indépendant de mortalité hospitalière. L'impact de l'EER sur la mortalité à un an n'était pas significatif dans cette étude, après ajustement sur les principaux facteurs confondants.

SPF053

Insuffisance rénale aiguë avec épuration extrarénale des leptospiroses graves en Polynésie française : quels facteurs de risque ?

J. Liotier¹, A. Robert¹, M. Roux¹, L. Baudoin¹, M. Vallee¹, L. Bessout¹, X. Alacoque²

¹Anesthésie-réanimation, CHTPF, Papeete, Polynésie française

²Anesthésie-réanimation, CHU de Toulouse, Toulouse, France

Introduction : La fréquence de la leptospirose en Polynésie française (Pf) est de 10 à 20 cas/100 000 habitants [1], mais l'on peut supposer que cette fréquence est largement sous-estimée. Le but de cette étude rétrospective monocentrique est de préciser les caractéristiques de l'insuffisance rénale aiguë (IRA) au décours de la leptospirose grave et d'identifier les facteurs de risque associés à la nécessité d'une épuration extrarénale (EER).

Matériels et méthodes : Sur la période de 2001 à 2011, tous les dossiers des patients admis en réanimation avec une leptospirose confirmée biologiquement ont été étudiés. Seront relevées les caractéristiques cliniques et biologiques. Chaque patient sera classé selon l'importance de l'IRA en stade AKIN, selon la définition de l'Acute Kidney Injury Network (AKIN) [2]. Une analyse statistique univariée sera effectuée. Les données sont présentées en pourcentage et/ou en médiane et percentiles [25–75 %]. Les valeurs sont comparées par le test de Mann-Withney avec p inférieur à 0,05 considéré significatif.

Résultats : Six cent dix-sept patients ont été admis pour leptospirose au centre hospitalier de la Pf sur la période étudiée, tous services confondus. Cent quatre-vingt-seize patients, soit 32 %, ont été transférés en réanimation ce qui correspond à 2,9 % des admissions en réanimation pour la période étudiée. Le diagnostic est confirmé par sérologie chez 171 patients et une culture est positive dans 25 cas. L'âge est de 33 ans [23–49] dont 83 % d'hommes. Le score SOFA est de 12 [10–15] et l'IGS2 de 43 [29–56]. Cent quatre-vingt-deux patients ont présenté une IRA dont 49 AKIN 1 (27 %), 36 AKIN 2 (20 %) et 97 AKIN 3 (53 %). Cent douze patients sont oligoanuriques. Cinquante-sept patients (31 %) ont nécessité une EER de 4 jours [2–6], soit 59 % des patients AKIN 3. L'analyse univariée des facteurs d'EER chez les patients en IRA a retrouvé un âge supérieur à 31, la nécessité de ventilation mécanique, une hémoptysie, un score IGS2 supérieur à 48, un pH artériel inférieur à 7,27, un dosage des lactates artériels supérieur à 8,85 mmol/l, un taux de prothrombine inférieur à 60 %, un dosage des ASAT supérieur à 100 UI/l, une bilirubine totale supérieure à 102 $\mu\text{mol/l}$ et une créatininémie supérieure à 425 $\mu\text{mol/l}$ ($p < 0,001$). Dix-huit patients sont décédés (9 %) dont huit d'hypoxémie réfractaire avec hémoptysie. Seize de ces patients décédés étaient AKIN 3 dont neuf ayant nécessité une EER.

Conclusion : L'IRA est prédominante dans la présentation clinique des formes graves de leptospirose avec EER nécessaire dans un tiers des cas. L'hémoptysie, l'acidémie, l'hyperlactatémie, l'âge et le stade AKIN 3 sont des facteurs de risque d'EER. L'association EER et hémoptysie est extrêmement péjorative en termes de pronostic.

Références

1. Pappas G, Papadimitriou P, Siozopoulou V, et al (2008) The globalization of leptospirosis: worldwide incidence trends. *Int J Infect Dis* 12:351–7
2. Mehta RL, Kellum JA, Shah SV, et al (2007) Acute Kidney Injury Network: report of an initiative to improve outcomes in acute kidney injury. *Crit Care* 11:R31