

Neurologie

Neurology

© SRLF et Springer-Verlag France 2013

FC009

Cardiopathie réversible au décours de l'état de mal épileptique en réanimation.

Incidence et facteurs déclenchants

D. Belcour¹, J. Jabot¹, B. Grard¹, L. Ursulet¹, A. Roussiaux¹,
C. Ferdynus², D. Vandroux¹, P. Vignon³

¹Service de réanimation polyvalente, CHU La Réunion,
hôpital Felix-Guyon, Saint-Denis, France

²Unité de soutien méthodologique, CHU La Réunion,
hôpital Felix-Guyon, Saint-Denis, France

³Service de réanimation polyvalente, CHU de Limoges,
Limoges, France

Introduction : L'épilepsie est fréquemment retrouvée comme facteur déclenchant d'une cardiopathie réversible de stress. Son incidence au décours d'un état de mal épileptique hospitalisé en réanimation n'est pas rapportée à ce jour. Nous faisons l'hypothèse que la cardiopathie réversible de stress secondaire à un état de mal épileptique a une fréquence sous-estimée. L'objectif principal est d'établir la fréquence de la cardiopathie réversible de stress secondaire à un état de mal épileptique chez les patients nécessitant une hospitalisation en réanimation. L'objectif secondaire est la recherche de facteurs favorisant sa survenue.

Patients et méthodes : Nous avons réalisé une étude prospective, observationnelle, descriptive, de soins courants, monocentrique qui s'est déroulée d'avril 2011 à septembre 2012. Le critère d'inclusion était l'hospitalisation d'un adulte en réanimation pour état de mal épileptique. Les données de l'étude étaient recueillies pendant les 48 premières heures suivant des horaires prédéfinis par rapport à l'admission en réanimation (inclusion = H₀, H₆, H₁₂, H₂₄ et H₄₈) : données hémodynamiques obtenues par thermodilution transpulmonaire et mesures échocardiographiques, valeurs biologiques (troponine, lactate artériel, taux sanguin de créatine phosphokinase, saturation en oxygène du sang veineux central), et réalisation d'un électrocardiogramme. L'analyse et les mesures des différents paramètres échocardiographiques étaient réalisées *a posteriori* par un opérateur indépendant et expert. Les thérapeutiques à visée hémodynamique et antiépileptique étaient recensées. Le critère de jugement principal était l'identification d'une cardiopathie réversible de stress secondaire à un état de mal épileptique, définie comme une diminution de plus de 20 % de la fraction d'éjection du ventricule gauche (évaluation échocardiographique par la méthode de Simpson) entre H₀ ou H₆ et H₄₈ (cette dernière étant utilisée comme référence). Les critères de jugement secondaires étaient les facteurs associés à sa survenue.

Résultats : 32 patients (21 hommes et 11 femmes) ont été inclus. Les causes de l'état de mal épileptique comprenaient principalement la décompensation d'une maladie épileptique traitée à doses thérapeutiques, le sevrage éthylique, la survenue d'un accident vasculaire cérébral, ischémique ou hémorragique. Dix-huit patients soit 56 % de l'effectif présentaient une altération réversible de la fraction d'éjection du ventricule gauche dont la diminution moyenne était de

34 ± 16 %. Les deux seuls facteurs associés à la cardiopathie réversible de stress secondaire à un état de mal épileptique étaient l'âge et l'IGS II. Pour tous les autres paramètres étudiés, il n'existait pas de différence significative. L'évolution des éléments recueillis au cours de l'étude montre que l'index cardiaque était significativement diminué à H₀ et H₆ par rapport à H₂₄ et H₄₈ sans traduction sur la pression artérielle et que la lactatémie à H₀ était plus élevée qu'à H₁₂, H₂₄ et H₄₈. Les autres données biologiques ne variaient pas. Il n'existait pas de variation significative du nombre d'anomalies électrocardiographiques. Sur la durée de l'évaluation, l'administration d'amines (noradrénaline, dobutamine ou adrénaline) était plus fréquente dans le groupe cardiopathie réversible de stress secondaire à un état de mal épileptique que dans l'autre groupe (13 patients *versus* 4 patients, p = 0,03).

Discussion : Dans notre étude, la survenue d'une cardiopathie réversible de stress au cours de l'état de mal épileptique est fréquente et représente 56 % des cas. Les deux facteurs favorisants retrouvés étaient l'âge et la gravité des patients calculée par l'IGS II, mais ni le sexe féminin, ni les caractéristiques de l'état de mal épileptique, la troponémie ou les anomalies électrocardiographiques.

Conclusion : L'incidence élevée de cardiopathie réversible de stress chez les patients hospitalisés en réanimation pour état de mal épileptique doit inciter à la réalisation d'un monitoring hémodynamique systématique.

Bibliographie

1. Le Ven F, Penne PY, Timsit S, Blanc JJ (2011) Takotsubo syndrome associated with seizures: an underestimated cause of sudden death in epilepsy? *Int J Cardiol* 146:475-9
2. Stollberger C, Wegner C, Finsterer J (2011) Seizure-associated Takotsubo cardiomyopathy. *Epilepsia* 52:e160-7

FC010

Intérêt pronostique de la mesure échographique du diamètre de l'enveloppe externe du nerf optique après arrêt cardiaque : résultats de l'étude pilote DENO-AC

J. Chelly¹, N. Deye², L. Vong¹, S. Jochmans¹, N. Thieulot-Rolin¹,
O. Sy¹, C. Vinsonneau¹, D. Vodovar², J. Serbource-Goguel²,
I. Malissin², B. Megarbane², B. Vivien³, K. Tazarourte⁴, F. Baud²,
M. Monchi¹

¹Service de réanimation médicale, CH Marc-Jacquet, Melun, France

²Service de réanimation médicale et toxicologique,
CHU Lariboisière, Paris, France

³Samu 75, CHU Necker-Enfants-Malades, Paris, France

⁴Samu 77, CH Marc-Jacquet, Melun, France

Introduction : Certains patients présentent, après un arrêt cardiaque (AC) récupéré, une élévation anormale de la pression intracrânienne

(PIC), corrélée à un pronostic neurologique péjoratif. La mesure échographique du diamètre de l'enveloppe externe du nerf optique (DENO) est un examen non invasif corrélé à l'élévation de la PIC chez le patient cérébrolésé.

Patients et méthodes : Étude prospective bicentrique observationnelle (2012-2013) incluant les patients ayant présenté un AC récupéré et traités par hypothermie thérapeutique, excluant les causes neurologiques et/ou traumatiques. La mesure du DENO (moyenne des mesures effectuées aux deux yeux) a été réalisée dans les 24 heures suivant l'AC, par un investigateur indépendant de la prise en charge du patient. Le critère de jugement principal était la survenue du décès en réanimation. Les résultats sont exprimés en médianes et interquartiles [25-75].

Résultats : Trente-trois patients ont été inclus (âge 57 [45-72] ans, ratio homme / femme 3/1) : le délai AC-réanimation cardiopulmonaire (RCP) était de 2 [1-7] min, le délai RCP-récupération d'une activité cardiaque spontanée (RACS) de 15 [7-30] min. Un rythme choquable a été retrouvé chez 13 patients (39 %) et la survie en réanimation était de 49%. Il n'existait pas de différence entre patients vivants et décédés concernant l'étiologie cardiaque ou extracardiaque ($p = 0,07$), le score IGS II ($p = 0,18$) et la survenue d'un choc post-AC ($p = 0,28$). Il existait une différence significative entre vivants et décédés concernant la présence d'un témoin effectuant la RCP ($p = 0,03$), le rythme choquable initial ($p = 0,01$), les délais AC-RCP ($p < 0,001$) et RCP-RACS ($p = 0,03$), le score « OHCA » ($p = 0,002$), et les dosages de NSE et protéine S100B à H24 ($p = 0,004$ et $0,003$). Le DENO était de 6,9 [6,4-7,3] mm chez l'ensemble des patients. Alors qu'il n'existait pas de différence entre vivants et décédés sur le délai de mesure du DENO, la capnie et la pression artérielle moyenne au moment de la mesure ($p = 0,37$, $0,8$ et $0,28$ respectivement), le DENO était significativement plus important chez les patients décédés (Tableau). En analyse multivariée, après ajustement sur le score OHCA, un seuil de $DENO \leq 6,7$ mm était corrélé à la survie (OR : 0,11 ; IC 95 % : [0,02-0,80], $p = 0,03$) avec une sensibilité de 69 % et une spécificité de 88 % (aire sous la courbe ROC 0,90).

Analyse univariée des marqueurs pronostiques			
Caractéristiques	Patients vivants n = 16 (48,5 %)	Patients décédés n = 17 (51,5 %)	p
Score OHCA	16 [-14-29]	38 [28-51]	0,002
Délai AC-RCP (min)	1 [1-2]	8 [2-10]	< 0,001
Délai RCP-RACS (min)	9 [2-16]	20 [10-32]	0,03
Rythme choquable n (%)	10 (63)	3 (18)	0,01
Créatinine ($\mu\text{mol/L}$)	95 [86-116]	111 [98-203]	0,18
Lactate artériel (mmol/L)	4,7 [1,7-7,2]	7,4 [3,5-9,7]	0,17
NSE H24 (ng/mL)	27 [16-33]	72 [43-143]	0,004
PS-100B H24 ($\mu\text{g/L}$)	0,2 [0,1-0,3]	2,1 [0,5-3,1]	0,003
DENO (mm)	6,5 [6,0-6,9]	7,2 [6,8-7,4]	0,02

Conclusion : Le DENO, examen simple et non invasif, semble anormalement élevée dans cette population, traduisant une probable élévation de la PIC en post-AC. Dans cette étude pilote, le DENO semble également être lié statistiquement au pronostic vital de manière comparable aux autres marqueurs pronostiques usuels (score « OHCA », NSE, Protéine S-100B).

FC011

Potentiel de donneurs d'organes parmi les patients décédés d'un AVC aux urgences

L. Herkelmann¹, E. Brocas², F. Fender², C. Guérineau², S. Rolando²
¹Samu 91, Smur Corbeil, centre hospitalier Sud-Francilien, Corbeil-Essonnes, France

²Coordination des dons d'organes et de tissus, centre hospitalier Sud-Francilien, Corbeil-Essonnes, France

Introduction : Des recommandations d'experts de 2010 proposent d'admettre en réanimation des patients avec AVC sans espoir thérapeutique dans le seul but d'un don d'organes [1]. Le but de cette étude était de recenser ces potentiels donneurs d'organes parmi les patients décédés suite à un AVC dans des services d'urgences adultes (SAU).

Patients et méthodes : Revue de dossiers de tous les patients décédés au SAU entre janvier 2012 et juin 2013, dans des hôpitaux du réseau de la Coordination des prélèvements d'organes du Centre Hospitalier Sud Francilien (CHSF) : le CHSF et les hôpitaux d'Arpajon, d'Étampes, de Fontainebleau, de Longjumeau, de Melun et de Nemours. Les critères d'inclusion étaient : 15 < âge < 90 ans, diagnostic d'AVC massif, confirmé par une imagerie cérébrale, décision de LATA débouchant sur une non-admission en réanimation. Étaient exclus les patients présentant une contre-indication médicale d'emblée au don d'organes.

Résultats : 375 dossiers de patients décédés ont été analysés. 50 avaient été admis suite à un AVC. 20 répondaient aux critères d'inclusion : 5 hommes et 15 femmes, d'âge moyen 83 ± 5 ans. Tous étaient admis pour un AVC hémorragique dont 11 sous AVK et/ou antiagrégants. 7 patients étaient intubés et ventilés. Le score de Glasgow moyen était : $8,5 \pm 5$. Le délai moyen entre l'admission et le décès était : $20,5 \pm 18$ heures. 17 patients étaient hypertendus, 3 avaient une insuffisance rénale chronique, 1 une hépatite C. 6 avaient un bilan hépatique et/ou une fonction rénale normale ; 10 n'avaient pas eu de bilan biologique. La Coordination avait été contactée et s'était déplacée 2 fois pour proposer à la famille une admission en réanimation dans l'optique exclusive d'un don, mais celle-ci s'y était opposée.

Discussion : Dans cette série de patients décédés au SAU suite à un AVC, 20 auraient pu être proposés en réanimation dans l'optique exclusive d'un don d'organes. Le taux d'opposition au don en Île de France étant de 42%, on peut extrapoler à 11 le nombre de patients finalement admis. Dans l'expérience des centres pratiquant ces admissions, 50 % des patients sont finalement prélevés [2]. On peut donc envisager 5 ou 6 donneurs d'organes supplémentaires, soient 5 à 15 greffes supplémentaires. Sur la même période, 26 patients ont été prélevés au CHSF : inclure les donneurs potentiels des SAU permettrait donc d'augmenter de 20 % le nombre de donneurs d'organes.

Conclusion : Développer les protocoles d'admission en réanimation dans l'optique exclusive d'un don d'organes de patients pris en charge en SAU suite à un AVC grave sans ressource thérapeutique pour lesquels une LATA est décidée, semble une piste intéressante pour augmenter le nombre de donneurs d'organes et donc de greffes.

Références

- (2010) Prise en charge de l'accident vasculaire cérébral chez l'adulte et l'enfant par le réanimateur (nouveau-né exclu), (hémorragie méningée exclue). Recommandations formalisées d'experts. Réanimation
- Martin-Lefevre L, Jacob JP, Pessionne F (2011) Place du don d'organes chez les patients en coma grave à la suite d'un accident vasculaire cérébral. Rev Neurol 167:463-7

FC012

Altération de la perméabilité capillaire de la barrière hématoencéphalique chez les patients présentant une insuffisance hépatique aiguë sur chronique ou une encéphalopathie hépatique, évaluation quantitative de l'œdème cérébrale en scanner X

N. Weiss¹, S. Mourri², M. Rosselli³, D. Galanaud⁴, R. Jalan³, D. Thabut¹

¹*Service de neurologie et réanimation, groupe de recherche Brain Liver Pitié-Salpêtrière (B-Lips), CHU La Pitié-Salpêtrière, Paris, France*

²*Usi hépatologie, groupe de recherche Brain Liver Pitié-Salpêtrière (B-Lips), hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Paris, France*

³*Liver Failure Group, Ucl Institute for Liver and Digestive Health, Ucl Medical School, Royal Free Hospital, London, London, Great Britain*

⁴*Neuroradiologie, Groupe de Recherche Brain Liver Pitié-Salpêtrière (B-Lips), hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Paris, France*

Introduction : L'encéphalopathie hépatique (EH) est associée à un œdème cérébral. Cependant, l'importance et la localisation préférentielle de cet œdème sont inconnues. Dans des modèles animaux, l'œdème cérébral est évalué en mesurant la gravité spécifique (Gs). En utilisant des techniques spécifiques, le scanner X permet de mesurer la gravité radiologique proche de la Gs physique. Il est ainsi possible de déterminer le poids, le volume et la Gs pour chaque région cérébrale.

Objectif : Déterminer l'importance et la localisation de l'œdème cérébral chez les patients cirrhotiques en fonction de leur sévérité et en fonction du développement ou non d'une insuffisance hépatique aiguë sur une insuffisance hépatique chronique (IHAC).

Patients et méthodes : Tous les patients admis en unité de soins intensifs dans deux centres (Paris et Londres) ayant bénéficié d'un scanner cérébral ont été inclus. La sévérité de l'EH a été gradée en utilisant le score de West-Haven et l'IHAC en utilisant les critères du consortium CLIF. L'analyse quantitative du scanner cérébral a été réalisée en utilisant le logiciel Brainview pour déterminer le poids, le volume et la Gs des différentes régions (hémisphères, tronc cérébral, cervelet et LCR intraventriculaire). Les résultats ont été comparés à un groupe de patients cirrhotiques contrôles en prétransplantation hépatique et à un groupe de sujets sains.

Résultats : Trente-sept patients, 20 patients cirrhotiques contrôles et 61 sujets sains ont été inclus. Les patients EH avaient les caractéristiques suivantes : sexe masculin : 64 %, âge : 56 ± 11 , étiologie de la cirrhose : alcool : 61 %, score de MELD : 20 ± 11 , EH 3-4 selon le score de West-Haven : 21 (57 %), IHAC : 16 (43 %). Ni le poids, ni le volume, ni la Gs du cerveau n'étaient différents entre les 3 groupes. Les patients cirrhotiques avaient une Gs du tronc cérébral augmentée par rapport aux sujets sains ($p < 0,0001$), alors que la Gs du cervelet était diminuée ($p < 0,0001$). La Gs du LCR intraventriculaire était différente entre les patients cirrhotiques et les sujets sains ($p < 0,0001$). Chez les patients cirrhotiques avec EH, la Gs du LCR intraventriculaire était corrélée au score MELD ($p = 0,05$). Chez les patients avec IHAC, la Gs du tronc cérébral était plus importante chez les patients grade 3-4 que chez les patients avec un grade 0-2 (peu ou pas d'EH) [$p = 0,056$]. Cependant chez les patients sans IHAC, l'existence d'une EH n'influait pas la Gs du tronc cérébral.

Conclusion : L'évaluation de la sévérité et de la localisation de l'œdème cérébral, mesurées en évaluant la Gs au scanner X, suggère que l'œdème est hétérogène entre les différentes régions du cerveau chez le patient cirrhotique. L'IHAC semble différente et est associée à une augmentation de la Gs qui suggère une altération de la perméabilité de la barrière hémato-encéphalique.

FC013

L'éclampsie en réanimation : à propos de 90 cas

I. Alouani, H. Bkiyar, D. Maazar, R. Haimami, K. Ahsayan, H. Hachlaf, H. Berkli, H. Madani, B. Housni

Service de réanimation, CHU Mohammed-VI, faculté de médecine et de pharmacie d'Oujda, université Mohammed-I^{er}, Oujda, Maroc

Introduction : L'éclampsie est une complication grave de la pré-éclampsie. Il s'agit d'une urgence médico-obstétricale souvent corrélée à une lourde morbidité maternelle et néonatale. L'objectif de notre étude est de rapporter les aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs de cette pathologie.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive incluant tous les cas d'éclampsie prise en charge depuis le début du mois de janvier 2007 à la fin du mois de juin 2013 en service de réanimation polyvalente du Centre Hospitalier Régional Al Farabi d'Oujda au Maroc.

Résultats : 90 cas d'éclampsie ont été colligés sur la période de l'étude parmi 48 231 accouchements. La prévalence de l'éclampsie était de 18,6 pour 10 000 naissances. L'âge moyen des patientes était de 26 ans. La primiparité était retrouvée dans 78 % des cas (70 cas). L'éclampsie survenait en post-partum dans 4,4 % des cas (4 cas). 82 % des patientes ont accouché par césarienne. Toutes les patientes hospitalisées depuis le mois d'avril 2010 ont reçu le sulfate de magnésium en association avec un inhibiteur calcique. La durée moyenne d'hospitalisation en réanimation était de 3 à 4 jours. 82 patientes de notre série ont été intubées avec une durée moyenne de la ventilation mécanique de 2 ± 1 heures. Nous avons déploré deux cas de décès maternel. La mortalité néonatale a avoisiné 22 %.

Conclusion : L'éclampsie et ses complications restent malheureusement fréquentes dans notre contexte et sont corrélées à une lourde morbidité materno-fœtale nécessitant une prévention par l'amélioration de la politique sanitaire et la prise en charge correcte et adaptée de la pré-éclampsie.

FC014

Registre des traumatismes crâniens pris en charge dans une nouvelle réanimation polyvalente tunisienne

H. Ben Ghezala, M. Kaddour, K. Ben Taher, K. Bousselmi
Réanimation polyvalente/soins continus/Smur, service des urgences et de réanimation polyvalente, hôpital régional de Zaghouan, faculté de médecine de Tunis—Université de Tunis El Manar, Zaghouan, Tunisie

Introduction : La pathologie traumatique représente un véritable fléau socio-économique et un réel problème de santé publique. Parmi les traumatismes, les lésions crânio-cérébrales sont très fréquentes et conditionnent en grande partie le pronostic. Leur prise en charge en réanimation dépend de recommandations très précises. Les objectifs de notre étude étaient d'analyser les aspects épidémiologiques et décrire les caractéristiques lésionnelles et évolutives ainsi que les facteurs pronostiques des patients traumatisés du crâne admis dans une nouvelle unité de réanimation universitaire tunisienne à Zaghouan. C'est une région carrefour de l'Ouest Tunisien « connue » par un nombre très importants d'accidents de la voie publique mortels.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective menée au service de réanimation médicale de l'hôpital Régional de Zaghouan depuis la date de son ouverture le 1^{er} Janvier 2011 jusqu'au 30 Juin 2013. Tous les malades traumatisés crâniens admis en réanimation ont été inclus. Tous les dossiers de ces patients ont été revus de façon

rétrospective. Les principales données anamnestiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives ont été recueillies.

Résultats : Durant la période d'étude, 228 patients ont été hospitalisés pour traumatisme crânien soit une incidence de 25,5 % de l'ensemble des hospitalisations. L'âge moyen est de 38 ans avec des extrêmes de 15 à 87 ans. Une prédominance masculine a été retrouvée avec un sex-ratio de 3,5. Les accidents de la voie publique constituent l'étiologie la plus fréquente (46 %), les violences (26 %), les chutes (22,3 %) et les accidents de travail (5,2 %). Le Score de Glasgow est inférieure à 8 chez 10,5 %. Le scanner cérébral, réalisé chez 86,8 % des patients, a révélé des lésions intracérébrales dans 17,1 % des cas. Les lésions cérébrales les plus fréquemment observées sont l'hémorragie méningée et la contusion cérébrale. L'évolution est favorable avec une récupération sans séquelles chez 88,1 %. 3,9 % ont eu une évolution défavorable avec persistance des séquelles. Le taux de mortalité globale est de 5,2 %. La durée d'hospitalisation moyenne est de 5 ± 4 jours. L'analyse des facteurs pronostiques est en cours.

Conclusion : Le traumatisme crânien constitue une cause fréquente d'hospitalisation en unité de soins intensifs et restent grevées d'une morbidité importante. Notre série comporte toutefois un plus grand nombre de traumatisés du crâne non graves expliquant une mortalité faible. Nous espérons toujours améliorer le pronostic de ces patients par l'amélioration de la prévention et l'amélioration de la collaboration multidisciplinaire.

FC015

Cardiopathie neurogénique et modification du métabolisme cardiaque après hémorragie sous-arachnoïdienne anévrysmale :

étude prospective par tomoscintigraphie

E. d'Aranda¹, B. Prunet², F. Pons³, M. Basely⁴, E. Meaudre¹

¹Réanimation, hôpital d'instruction des armées Saint-Anne, Toulon, France

²Anesthésie, hôpital d'instruction des armées Saint-Anne, Toulon, France

³Cardiologie, hôpital d'instruction des armées Saint-Anne, Toulon, France

⁴Médecine nucléaire, hôpital d'instruction des armées Saint-Anne, Toulon, France

Introduction : Les hémorragies sous-arachnoïdienne anévrysmale sont fréquemment compliquées par une atteinte cardiaque dont l'expression et la gravité sont variables. Cette altération cardiaque n'est pas liée à un phénomène ischémique (coronarographie normale) mais à une atteinte du système sympathique cardiaque. Notre étude est la première à rechercher une atteinte du métabolisme cardiaque et à rechercher un impact sur le pronostic de cette atteinte.

Patients et méthodes : Étude prospective, monocentrique. Inclusion de tous les patients de plus de 18 ans admis pour hémorragie sous arachnoïdienne anévrysmale entre novembre 2009 et février 2011. La prise en charge était conforme aux recommandations de la conférence d'expert française sur l'hémorragie sous arachnoïdienne anévrysmale de 2004. Les données démographiques, clinico-bio-radiologique de l'hémorragie sous arachnoïdienne anévrysmale et cardiaques étaient recueillies. La recherche d'un trouble du métabolisme myocardique était réalisée en tomoscintigraphie selon 3 axes : une étude du métabolisme glucidique cardiaque par TEP-scanner au ¹⁸F-FDG (l'examen était répété à 1 et 2 mois en cas d'anomalie) ; une étude de la perfusion myocardique par tomoscintigraphie à la ^{99m}Tc-tétrofosmine (l'examen était répété à 6 mois en cas d'anomalie) ; et une étude de

l'innervation sympathique cardiaque par tomoscintigraphie ¹²³I-MIBG (l'examen était répété à 6 mois en cas d'anomalie). Une évaluation de l'état neurologique par scores (GOS, mRS et SF36) était réalisée à 1, 3 et 6 mois.

Résultats : 30 patients ont été inclus. Les caractéristiques étaient : WFNS I (40 %) II (20 %) III (20 %) IV (10 %) V (0), Fisher I (0 %) 2 (10 %) 3 (30 %) 4 (60 %), 90 % d'embolisation, 47 % de vasospasme, 53 % de DVE, 37 % troponine élevée, 87 % BNP augmenté, FEVG 68 ± 6 %. Le métabolisme glucidique cardiaque était diminué chez 20 patients et la diminution était importante dans 12 cas, à 5 ± 2 jours. 13 patients normalisaient leur examen à 1 mois et 4 à 2 mois, 2 décédaient et une anomalie modérée persistait dans 1 cas. Aucune anomalie de la perfusion myocardique n'était retrouvée. Une atteinte de l'innervation sympathique était retrouvée chez 27 patients (90 %) à 11 ± 5 jours. A 6 mois, 23 patients étaient contrôlés (3 décès, 1 refus) : 18 étaient anormaux et 5 s'étaient normalisés.

Discussion : Les résultats objectivent l'existence initiale d'une altération réversible en 1 à 2 mois du métabolisme cardiaque chez 2/3 des patients. Cette atteinte n'est pas liée à un phénomène ischémique car la TS de perfusion est normale. Par contre l'innervation sympathique cardiaque est altérée à la phase aiguë chez 90 % des patients, ce qui conforte le caractère neurogénique probable de cette affection. Sa normalisation est plus lente, 22 % des cas à 6 mois. La comparaison des groupes métabolisme glucidique normal et anormal, ne montre aucune différence sur la gravité clinico-radiologique initiale, sur l'atteinte cardiaque et sur l'état neurologique à 6 mois.

Conclusion : Cette étude contribue à l'avancée des connaissances sur la cardiopathie neurogénique après hémorragie sous arachnoïdienne anévrysmale. L'atteinte cardiaque est globale mais sans retentissement majeur sur la FEVG, à l'inverse du syndrome de Tako-Tsubo qui présente une atteinte apical avec effondrement de la FEVG.

FC016

Le FOUR score est-il utile dans l'encéphalopathie hépatique ?

S. Mouri¹, C. Marois², M. Rudler¹, G. Rousseau³, J. Mayaux⁴, H. Benosman¹, D. Thabut¹, N. Weiss²

¹Usi hépatologie, groupe de recherche Brain Liver Pitié-Salpêtrière (B-Lips), hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris, France

²Service de neurologie et réanimation, groupe de recherche Brain Liver Pitié-Salpêtrière (B-Lips), CHU La Pitié-Salpêtrière, Paris, France

³Chirurgie digestive, groupe de recherche Brain Liver Pitié-Salpêtrière (B-Lips), CHU La Pitié-Salpêtrière, Paris, France

⁴Service de pneumologie et réanimation médicale, CHU La Pitié-Salpêtrière, Paris, France

Introduction : L'encéphalopathie hépatique (EH) est une complication sévère de la cirrhose, associée à une diminution de la survie et une altération de la qualité de vie. Sa définition n'a pas de gold-standard et les manifestations cliniques vont d'un flapping isolé au coma. L'évaluation de la gravité de l'EH se fait classiquement par le score de West-Haven mais l'utilisation de scores plus généralistes comme le score de Glasgow (GCS) s'est avérée aussi efficace. Le GCS a cependant quelques limitations : certaines réponses sont peu reproductibles, l'évaluation de la réponse verbale est difficile et il ne prend pas en compte les réflexes du tronc cérébral. Un nouveau score répondant à ces limitations, le Full Outline of UnResponsiveness (FOUR) score, a récemment été proposé et traduit en français. A l'heure actuel, le FOUR score est le score de coma le mieux validé et comprend l'évaluation des réponses motrice, des yeux, du tronc cérébral et la respiration.

Objectif : L'objectif de cette étude était d'évaluer l'utilité du FOUR score dans l'évaluation des EH chez des patients cirrhotiques.

Matériel et méthodes : Tous les patients admis pour une complication de la cirrhose entre juin 2012 et avril 2013 ont été évalués de manière prospective par un neuroréanimateur senior qui évaluait le GCS et le FOUR score. Le score de West-Haven, le CHES et l'HESA ont été évalués par un hépatologue senior qui ne connaissait pas les résultats de l'évaluation neurologique.

Résultats : Soixante-huit patients ont été inclus (sexe masculin = 75 % ; âge = 58 ± 11 ; étiologie de la cirrhose : alcool = 68 %, viral = 26 %, autre = 6 % ; score Child-Pugh : A = 13 %, B = 15 %, C = 72 % ; score MELD = 18 ± 7 ; carcinome hépatocellulaire = 16 %). Trente-six patients (53 %) avaient une EH patente (CHES : $3,13 \pm 3,10$ et HESA : $1,94 \pm 1,24$) et 32 (47 %) une EH minime (CHES : $1,00 \pm 2,13$ et HESA : $0,32 \pm 0,48$). Les patients présentant une EH patente par rapport à ceux présentant une EH minime avaient un GCS

plus bas ($12,9 \pm 0,5$ vs $14,9 \pm 0,5$, $p = 0,0025$), une réponse motrice plus basse ($5,4 \pm 1,6$ vs $6,0 \pm 0,0$, $p = 0,0263$), une réponse verbale plus basse ($4,1 \pm 1,4$ vs $4,9 \pm 0,3$, $p = 0,0037$) et une diminution de la réponse oculaire ($3,3 \pm 1,0$ vs $4,0 \pm 0,2$, $p = 0,0006$). De la même manière, les patients présentant une EH patente par rapport à ceux présentant une EH minime avaient un FOUR score diminué ($14,0 \pm 3,4$ vs $16,0 \pm 0,0$, $p = 0,0016$), une diminution de la réponse oculaire ($3,2 \pm 1,3$ vs $4,0 \pm 0,0$, $p = 0,0008$), une diminution de la réponse motrice ($3,3 \pm 1,1$ vs $4,0 \pm 0,0$, $p = 0,0006$), et une diminution de la réponse respiratoire ($3,61 \pm 1,0$ vs $4,0 \pm 0,0$, $p = 0,0401$) mais pas de différence dans la réponse du tronc cérébral ($4,0 \pm 0,2$ vs $4,0 \pm 0,0$, $p = 0,3496$).

Conclusion : Dans cette étude préliminaire, le FOUR score semble applicable chez les patients cirrhotiques. Ce score est probablement intéressant pour les services de soins intensifs d'hépatologie et de réanimation d'autant plus qu'il cote la réponse respiratoire, et est en mesure de détecter l'engagement et ne nécessite pas la participation pour la réponse verbale.