

Autour de la réanimation pédiatrique

Paediatric critical care

© SRLF et Springer-Verlag France 2013

EP058

Unité de surveillance continue pédiatrique en centre hospitalier général : l'expérience récente de l'hôpital de Polynésie française

H. Gatti¹, J. Naudin², J. Sommet², C. Chenel¹,
P. Sachs², S. Dauger²

¹Service de pédiatrie, hôpital Taaone, Papeete, Polynésie française, France

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

Introduction : En 2006, les décrets sur la réanimation pédiatrique ont défini les conditions de fonctionnement des unités de surveillance continue pédiatrique (USCP). Ces unités assurent une surveillance rapprochée des enfants pouvant nécessiter une technique de suppléance d'organe. En Polynésie française, une USCP médico-chirurgicale a été ouverte en 2010 au sein du nouvel hôpital. Notre objectif était de décrire la population admise en USCP en détaillant les particularités des patients chirurgicaux et de ceux transférés en réanimation ou évacués par avion.

Résultats : Durant sa première année de fonctionnement, 199 séjours (âge médian des patients : trois ans) ont été réalisés en USCP principalement pour défaillance respiratoire (31,7 %) ou neurologique (23,6 %). Les patients chirurgicaux présentaient plus fréquemment que les patients médicaux une prothèse ou un traitement à effets secondaires potentiellement graves, dits traitements à risques, (46 % vs 16 %, $p < 0,01$; 29 % vs 7 %, $p < 0,01$, respectivement). Leur durée médiane de séjour (DMS) était plus longue (5 j vs 2 j, $p < 0,01$). Les patients transférés en réanimation avaient un score PRISM à l'admission plus élevé (6 vs 4, $p < 0,01$) et présentaient plus fréquemment un traitement à risques (50 % vs 20 %, $p < 0,01$). La DMS des onze patients évacués par avion était nettement allongée (6 j).

Conclusion : En attendant une clarification des critères d'admission en USCP, l'utilisation de traitements à risques devrait apparaître comme un motif de surveillance dans la charte de fonctionnement interne à chaque institution. L'analyse de l'activité d'une USCP devra tenir compte de la présence d'une activité chirurgicale et de l'isolement géographique qui semblent allonger la DMS.

Bibliographie

1. Jaimovich DG (2004) Committee on Hospital Care and Section on Critical Care. Admission and discharge guidelines for the pediatric patient requiring intermediate care. Crit Care Med 32:1215-8
2. Thiriez G, Lefebvre A (2010) Estimation des besoins en lits d'unité de surveillance continue pédiatrique, résultats d'une enquête sur 3 régions françaises. Arch Pediatr 17:1147-52

EP059

Prise en charge de la douleur aiguë post-traumatique chez l'enfant aux urgences chirurgicales pédiatriques du CHU d'Oran

S. Abassini¹, K. Tabeiouna¹, B. Khemliche¹, S. Boudjahfa¹,
Y. Touhami¹, N. Messid², M.A. Negadi¹, Z. Mentouri¹

¹Réanimation pédiatrique, CHU d'Oran, Oran, Algérie

²Épidémiologie, CHU d'Oran, Oran, Algérie

Introduction : La douleur traumatique est une douleur par excès de nociception ; elle est liée à une hyper stimulation des voies de transmission ; La douleur aiguë est une douleur « Parlante ». Elle est fréquemment marquée par l'apparition de modifications apparentes et importantes du comportement chez l'enfant, par des cris, des plaintes et des pleurs [1].

Matériels et méthodes : Étude prospective de 31 fiches techniques remplies par le médecin prenant en charge la douleur aiguë post traumatique à l'accueil du service des urgences chirurgicales pédiatriques démarrant du 01 juillet jusqu'au 29 septembre 2013. Cette étude entre dans le cadre du laboratoire de recherche en accidentologie pédiatrique et est basée sur le protocole d'évaluation et de traitement de la douleur, récemment mis en place. L'analgésie per- et postopératoire sont exclues de cette étude.

Résultats : 31 enfants hospitalisés ont été inclus dans cette étude, âge moyen est de 6 ans et 8 mois, plus de 6 ans : 24 enfants, moins de 6 ans : 7 enfants. Les différentes pathologies traumatiques responsables de la douleur aiguë : fracture de fémur : 4 cas, fracture de palette humérale : 8 cas, fracture des os de l'avant-bras : 12 cas, plaies tendineuses : 4 cas, décollement épiphysaire : 1 cas, luxation radiale : 1 cas, plaie de l'avant-bras : 1 cas. Le mécanisme de l'accident : chute : 23 cas, plaie par objet tranchant : 3 cas, accident de la voie publique : 4 cas, morsure de chien : 1 cas. Différentes échelles d'évaluation de l'intensité de la douleur aiguë ont été utilisées selon l'âge de l'enfant douloureux : EVA : 21 cas, Evendol : 7 cas, Échelle des 6 visages (FPS-R) : 03 cas. La douleur légère retrouvée dans 05 cas, la douleur modérée : 12 cas, intense : 9 cas et très intense : 5 cas. Les différents médicaments antalgiques utilisés sont : Paracétamol (pallier1) 30 mg/kg en intra veineux lent : 100 %, acide niflumique (pallier1) 20 mg/kg en intrarectal : 100 %, Paracétamol codéiné (pallier 2) 1/2 comprimé de 420 mg chaque 10 kg : 1 cas, Nalbuphine (pallier 3) 0,2 mg/kg en intra veineux lent : 4 cas. Aucun effet secondaire n'a été enregistré suite à l'administration des antalgiques morphiniques (Nalbuphine). L'objectif antalgique a été atteint dans 100 % des cas avec un délai moyen d'une heure (30 minutes-4 heures).

Discussion : Les enfants d'âge scolaire sont les plus touchés par les traumatismes, les chutes représentent le mécanisme le plus fréquent. L'échelle visuelle analogique (EVA) est la plus utilisée vue la tranche d'âge fréquente plus 06 ans. Différents médicaments antalgiques,

récemment introduits dans le protocole du service, comme Paracétamol codéiné et Nalbuphine paraissent adaptés à l'intensité de la douleur intense et très intense car l'objectif antalgique a été atteint dans tous les cas sans effets secondaires notables.

Conclusion : La taille réduite de la série étudiée ne permet pas d'avancer des conclusions définitives, mais il apparaît que les lésions traumatiques chez l'enfant aux urgences chirurgicales pédiatriques sont la source de douleurs potentiellement intenses qu'il convient de prendre en charge le plus précocement possible ; pour cela il faut disposer d'un arsenal thérapeutique antalgique efficace [2].

Références

1. Vincenta B (2010) Évaluation de la douleur de l'enfant- journal de pédiatrie et de pécultrice 23:349-57
2. Meymat Y (2012) La douleur traumatologique aiguë : quels antalgiques. Archives de Pédiatrie 19:45-6

EP060

Prélèvements multiples d'organes chez des enfants de moins de un an

C. Arbitre¹, A. Perez², M. Bache², C. Ammouche², C. Joly³, F. Bak³, G. Haettel³, P. Desprez²

¹Urgences pédiatriques, hôpital de Hautepierre, Strasbourg, France

²Réanimation médicochirurgicale pédiatrique spécialisée,

CHU de Strasbourg, hôpital de Hautepierre, Strasbourg, France

³Coordination des prélèvements d'organes, CHU de Strasbourg, hôpital Hautepierre, Strasbourg, France

Introduction : Malgré un nombre croissant de transplantations d'organes chez les patients pédiatriques, il persiste une pénurie d'organes, notamment concernant les patients très jeunes (moins de 1 an) et/ou de faible poids (moins de 10 kg). Les principaux facteurs pouvant expliquer ce manque d'organes disponibles sont les difficultés à identifier les donneurs potentiels et à organiser les prélèvements ainsi qu'à proposer le don d'organes aux parents en deuil et à obtenir leur consentement. Le diagnostic de mort encéphalique comporte également des particularités dans la population pédiatrique. Nous avons donc choisi de présenter les cas de trois patients pris en charge dans notre service de réanimation pédiatrique qui illustrent ces différentes problématiques.

Patients et méthodes : Pour chacun des trois dossiers, nous avons étudié le diagnostic final retenu, le contexte médico-légal, les examens complémentaires réalisés afin de diagnostiquer la mort encéphalique, les organes prélevés, l'âge du receveur (adulte ou enfant) et le devenir des greffons.

Les examens complémentaires réalisés afin de constater la mort encéphalique des patients ont été programmés après un examen

clinique en faveur de ce diagnostic et un ou deux tests d'apnées positifs (conformément aux recommandations de l'agence de biomédecine). Dans le cas n° 1, après un EEG aréactif, un angioscanner et une artériographie cérébrale montraient la persistance d'un flux vasculaire cérébral minime. Deux EEG aréactifs et nuls supplémentaires ont permis de confirmer le diagnostic. Dans le cas n° 2, le diagnostic de mort encéphalique a été porté après un doppler transcrânien en reverse flow et un angioscanner qui ne retrouvait pas de flux cérébral. Dans le cas n° 3, ce diagnostic a été porté après un doppler transcrânien nul d'un côté et en reverse flow de l'autre puis deux EEG plats et aréactifs.

Discussion : Chez les nourrissons, les causes de mort encéphalique sont souvent post traumatiques (y compris liées à une maltraitance) ; ceci rend les procédures de prélèvement plus complexes mais non impossibles (participation de l'équipe de médecine légale et des parents à la décision). L'artériographie ou l'angioscanner sont peu contributifs car la persistance d'un flux sanguin cérébral minime est fréquente chez le nourrisson. La place du doppler transcrânien reste à définir (plus pertinent que l'imagerie ?).

Conclusion : Ces 3 dossiers soulignent 2 particularités des prélèvements d'organes chez le nourrisson : la fréquence d'un contexte médico-légal et les difficultés à établir l'état de mort encéphalique par l'angiographie ou l'angioscanner. L'évolution de tous les receveurs était bonne en août 2013, malgré les différences de poids et d'âge entre donneurs et receveurs enfants ou adultes (intérêt du prélèvement des reins en monobloc (*MB) chez les patients 2 et 3).

EP061

Statut nutritionnel et dénutrition acquise en cours de séjour en réanimation pédiatrique

F. Valla¹, A. Hubert², C. Ford-Chessel³, N. Peretti⁴, E. Javouhey⁵

¹Réanimation infantile, CHU, Lyon, France

²Réanimation infantile, CHU de Lyon, hôpital Femme-Mère-Enfant, Lyon, France

³Service diététique, CHU de Lyon, hôpital Femme-Mère-Enfant, Lyon, France

⁴Nutrition pédiatrique, CHU de Lyon, hôpital Femme-Mère-Enfant, Lyon, France

⁵Département d'anesthésie et réanimation pédiatrique, CHU de Lyon, HFME, Bron, France

Introduction : La dénutrition à l'admission concernerait 20 à 25 % des patients en réanimation pédiatrique. Une seule étude s'est intéressée à la dénutrition acquise en cours de séjour, et rapporte une dénutrition touchant les nouveau-nés, mais épargnant les enfants plus grands. Or, la dénutrition est connue comme facteur de morbidité dans cette population. Davantage de données permettraient de préciser la portée

Résultats :

Cas	Diagnostic final retenu	Contexte médico-légal	Organes prélevés	Receveur(s)	Evolution
1/ Fille, 8 mois, 6,3 kg	Syndrome du bébé secoué	Signalement judiciaire	Rein droit Foie total	Fille, 3 ans Fille, 1 an	Bonne Bonne
2/ Garçon, 9 mois, 9 kg	Suspicion de noyade	Autopsie médico-légale	Reins MB*	Non connu	Bonne
3/ Fille, 6 mois, 7,6 kg	Syndrome du bébé secoué	Signalement judiciaire	Reins MB* Foie total Coeur	66 ans Fille, 1 an Fille, 4 ans	Non connue Bonne Bonne

de cette problématique, d'identifier ses facteurs de risque, et de proposer une stratégie nutritionnelle préventive.

Matériels et méthodes : Étude Observationnelle Prospective monocentrique, en service de Surveillance Continue et Réanimation Pédiatrique (non néonatale). Inclusion exhaustive des admissions sur 1 an. Critères de jugement : statut nutritionnel à l'admission, sur la base de mesures anthropométriques (poids, taille, périmètres brachiaux et crâniens), permettant le calcul des indices de dénutrition pédiatriques (indice de masse corporelle, rapport poids-taille, rapport taille sur âge, rapport périmètre brachial sur crânien), associées à une analyse cinétique des courbes de croissance. Dénutrition acquise en cours de séjour, déterminée sur la cinétique du poids (perte de poids de 5 %, ou absence de prise de poids pour les nourrissons). Les évaluations nutritionnelles sont validées par l'équipe ressource de nutrition du service. Suivi sur les trois mois suivant la sortie, des patients avec dénutrition acquise : contrôle du statut nutritionnel mensuel jusqu'à normalisation.

Résultats : 1 175 séjours sont analysés (60 % réanimation, 40 % surveillance continue ; 39 % chirurgie, 61 % médecine) ; d'une moyenne de 5,3 jours (\pm 12,5), 28 % des séjours sont supérieurs à 5 jours. L'âge moyen est de 59 mois (\pm 65), le poids à l'admission de 20 kg (\pm 37), le score de Pelod de 8,4 (\pm 9,4), le taux de pathologie chronique de 48 %. 42 % ont bénéficié d'un support nutritionnel (39 % entéral, 6,3 % parentéral) et 87 % chez les séjours de plus de 5 jours. 31 % ont eu une ventilation invasive, 27 % ont été sédatisés, et 5 % curarisés. L'hyperthermie ou les convulsions prolongées sont anecdotiques. L'incidence des infections acquises est de 5,6 %. La prévalence de la dénutrition à l'admission est de 24 % (8,2 % chronique, 11,5 % aiguë, 4,3 % mixte). L'incidence de la dénutrition acquise en cours de séjour est de 10 % de l'effectif global et de 35 % des séjours de plus de 5 jours. Parmi les dénutris acquis, 27 % présentent une dénutrition à l'admission. 86 % sont réanimatoires et 24 % chirurgicaux. 64 % ont eu une ventilation invasive et ont été sédatisés, 22 % curarisés. 28 % ont une infection acquise. Le suivi sur 3 mois post réanimation retrouve la persistance de la dénutrition à 3 mois chez 8 % des enfants (dont les 2/3 n'ont pas de support nutritionnel), alors que 62 %, 24 %, et 5 % se sont respectivement renutris à 1, 2 et 3 mois.

Discussion : La prévalence de la dénutrition à l'admission est élevée et identique à celle rapportée dans la littérature ; l'incidence de la dénutrition acquise en cours de séjour est plus importante qu'attendue, notamment pour les séjours dépassant 5 jours, plus fréquente chez les patients de réanimation. La majorité des patients s'étant dénutris récupèrent un statut nutritionnel normal dans les trois mois suivant leur sortie, notamment en cas d'infection virale respiratoire chez le nourrisson, ou de lésion cérébrale acquise. Une association est retrouvée entre dénutrition acquise et infection acquise.

Conclusion : Cette étude souligne l'importance de la problématique de la dénutrition en réanimation pédiatrique, et la fréquence de la dénutrition acquise en cours de séjour, malgré une approche nutritionnelle active et protocolisée. Cela justifie le dépistage systématisé de la dénutrition, et la poursuite d'une assistance nutritionnelle au décours de leur séjour en réanimation pédiatrique chez tous les patients identifiés dénutris. Avec le soutien du Groupe d'étude Francophone de Nutrition en Soins Intensifs Pédiatriques (GeFNuSIPed).

Bibliographie

- Hulst J, Joosten K, Zimmermann L, et al (2004) Malnutrition in critically ill children: from admission to 6 months after discharge. *Clinical Nutrition* 23:223-32

EP062

Ventilation invasive des bronchiolites aiguës sévères du nourrisson lors des transferts interhospitaliers

C. Chassery¹, J.-C. Bouchut², S. Courtil-Teysse², P. Malick¹, M. Moussa¹, P.Y. Gueugniaud³

¹Samu de Lyon, CHU de Lyon, hôpital Édouard-Herriot, Lyon, France

²Réanimation pédiatrique et Samu, CHU de Lyon, HFME, Lyon, France

³Pôle urgences, Samu, réanimation médicale, CHU de Lyon, hôpital Édouard-Herriot, Lyon, France

Introduction : Le développement de la ventilation non invasive dans la prise en charge ventilatoire des nourrissons ayant une bronchiolite sévère a réduit considérablement le recours à l'intubation. Cependant dans les formes graves, la ventilation invasive peut s'imposer avant l'admission en réanimation. L'objectif de ce travail est d'identifier des caractéristiques cliniques et thérapeutiques particulières à ces enfants.

Matériels et méthodes : Étude rétrospective incluant tous les enfants ayant une bronchiolite grave transférés en réanimation pédiatrique en ventilation invasive sur les 18 derniers mois. Les dossiers SMUR et les comptes-rendus de réanimation ont été analysés afin d'identifier les critères d'intubation, les modalités de prise en charge et les conditions d'arrivée en réanimation. L'index de saturation en oxygène ($\text{FiO}_2 \times \text{Pression moyenne/SpO}_2$) a été utilisé pour apprécier la sévérité de l'atteinte pulmonaire, SDRA si $\text{index} > 8,1$ et ALI si $\text{index} > 5,3$ ¹.

Résultats : 21 enfants (sex-ratio : 1,1) sur 87 ayant une bronchiolite grave et transférés en réanimation pédiatrique entre janvier 2012 et juin 2013 ont bénéficié d'une ventilation invasive avant leur transfert. Il s'agit d'enfants d'âge médian de 26 jours [8 j–107 j], d'âge gestationnel corrigé médian de 40 semaines d'aménorrhée [37 SA + 1 j – 45 SA], de poids moyen $3258 \text{ g} \pm 857$ et anciens prématurés 11 fois de terme médian 35 SA + 1 j. Le support ventilatoire à la prise en charge était une VNI 11 fois, une oxygénothérapie par lunettes nasales à faible débit 6 fois, à haut débit 2 fois et une ventilation invasive 2 fois. La ventilation invasive a été initiée 19 fois par le SMUR. Les motifs de recours à la ventilation invasive en plus de la détresse respiratoire clinique concernaient l'hypercapnie non compensée ($\text{pH} < 7,25$ et $\text{PaCO}_2 > 10 \text{ kPa}$) 7 fois, l'hypoxémie ($\text{FiO}_2 > 50 \%$) 4 fois, l'épuisement ou les apnées 15 fois. 2 nourrissons hospitalisés en réanimation pédiatrique en ventilation par oscillation à haute fréquence (OHF) ont été transférés pour ECMO. Les événements critiques survenus durant la prise en charge étaient un laryngo-bronchospasme 5 fois, une laryngoscopie multiple 2 fois et une instabilité hémodynamique post ventilation 7 fois. 14 enfants ont été ventilés conventionnellement avec une FiO_2 moyenne de $62 \pm 29 \%$ et une pression moyenne de $21 \pm 4 \text{ cmH}_2\text{O}$. 7 enfants ont bénéficié d'une ventilation par OHF avec une FiO_2 de $93 \pm 17 \%$ et une pression moyenne de $18 \pm 6 \text{ cmH}_2\text{O}$. L'index médian de saturation en oxygène était de 5,5 [1,6–13] pour les nourrissons en ventilation conventionnelle, et de 15,5 [9,6–17] pour les nourrissons en OHF. Il n'y a pas eu d'événement critique grave pendant le transport. À l'arrivée en réanimation le pH moyen à $7,35 \pm 0,12$ et la PCO_2 moyenne à $5,95 \pm 2,5 \text{ kPa}$ étaient significativement améliorés par rapport aux valeurs de départ pH à $7,25 \pm 0,11$ et PCO_2 à $8,69 \pm 2,8 \text{ kPa}$ ($p = 0,02$, test de Student). L'index médian de saturation en oxygène était 7,7 [2,7–20,4]. La durée médiane de ventilation en réanimation était de 96 heures [35–380]. Les virus identifiés étaient le VRS 13 fois, le metapneumovirus 3 fois, le picornavirus 3 fois, et il y avait 9 fois une co-infection. Il n'y a eu aucun pneumothorax.

Discussion : La proportion d'enfants ventilés est importante. L'âge gestationnel corrigé $< 42 \text{ SA}$ est un facteur de gravité important dans

notre série (15/21). L'index médian de saturation indique que la moitié des enfants étaient en SDRA à la prise en charge. L'induction représente une phase critique de la prise en charge et nécessite une anesthésie optimale et un relais immédiat de la sédation du fait de l'hyperréactivité des voies aériennes. La ventilation relève d'une stratégie appropriée et de respirateurs performants vue la sévérité de l'atteinte pulmonaire. L'index de saturation en oxygène montre que les enfants les plus graves ont été ventilés en OHF.

Conclusion : Notre travail souligne qu'il existe encore des bronchiolites sévères requérant une ventilation invasive. Leur identification est importante pour assurer leur transfert précoce dans des structures adaptées. L'induction et la ventilation nécessitent une attention particulière lors de leur prise en charge.

Bibliographie

1. Thomas NJ, Shaffer ML, Willson DF, et al (2010). Defining acute lung disease in children with the oxygenation saturation index. *Pediatr Crit Care Med* 11:12-7

EP063

Ventilation non invasive par des respirateurs lourds de réanimation pour enfants en détresse respiratoire aiguë

B. Khemliche, D. Batouche, S. Boudjahfa, Y. Touhami, S. Abassini, K. Tabetiouna, Z. Mentouri
Réanimation pédiatrique, CHU d'Oran, Oran, Algérie

Introduction : Le choix du respirateur est un élément majeur dans le succès de la VNI, cette dernière peut se faire soit avec un respirateur lourds de réanimation (RLR), soit avec un appareil dédié à la VNI, appelé aussi respirateur de domicile. La plupart des auteurs préfèrent les ventilateurs de domicile aussi bien en situations aiguës qu'en situation chronique pour les enfants. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'efficacité de la VNI par des RLR chez l'enfant.

Patients et méthodes : Étude prospective menée au service de réanimation pédiatrique du CHU d'Oran entre 2006 et 2011. Les enfants âgés de 1 mois à 16 ans admis pour détresse respiratoire aiguë (DRA) étaient traités par VNI par des RLR de façon précoce.

Résultats : 109 patients étaient inclus, l'âge moyen des enfants était de $57,07 \pm 5,79$ mois. Les étiologies étaient dominées par les pathologies respiratoires (38,5 %) et neurotraumatiques (20,2 %). Nous avons utilisé des RLR dotés de l'option « VNI ». Le respirateur Vella™ (Viasys, États-Unis) était utilisé chez 38,5 % des patients, suivi des respirateurs Esprit™ (Respironics, France) chez 27,5 %, Horus4™ (Taema, France) chez 20 %, et enfin le respirateur Evita4™ (Dräger, Allemagne) était utilisé chez 9 patients. 95,4 % des patients étaient traités en mode VS-AI-PEP, avec un niveau moyen d'AI à $9,88 \pm 3,72$ cmH₂O et de PEEP à $4,69 \pm 1,59$ cmH₂O. Après deux heures de VNI, nous avons observé une réduction significative de la FR et de la FC ($43,72 \pm 13,46$ vs $34,25 \pm 13,47$ c/mn, $p < 0,001$; $138,66 \pm 26,59$ vs $129,27 \pm 24,21$ bat/mn, $p < 0,001$ respectivement) et une amélioration de la SpO₂ ($86,17 \pm 13,33$ % vs $94,85 \pm 6,90$ %, $p < 0,001$). L'intubation trachéale était évitée chez 70 % des patients.

Discussion : Cette étude a permis d'affirmer l'efficacité des RLR en mode VNI chez 70 % des enfants et nourrissons traités pour DRA d'étiologies variables. Parmi les rares études (1-3) dans lesquelles ce type de respirateurs était utilisés chez l'enfant, les résultats étaient comparables aux notre. L'avantage principal des RLR est la possibilité

de passer en mode conventionnel en cas d'échec et vis vers ca après extubation.

Conclusion : La VNI utilisant des RLR est une technique tout à fait faisable dans le traitement des DRA dans différentes situations chez l'enfant en réanimation.

Bibliographie

1. Bernet V, Dullenkopf A, Maino P, Weiss M (2005) Outer diameter and shape of paediatric tracheal tube cuffs at higher inflation pressures. *Anaesthesia* 60:1123-8
2. Essouri S, Chevret L, Durand P, et al (2006) Noninvasive positive pressure ventilation: Five years of experience in a pediatric intensive care unit. *Pediatr Crit Care Med* 7:329-34

EP064

Incidence des pneumopathies acquises sous ventilation mécanique en réanimation pédiatrique : étude pilote prospective monocentrique

M. Chomton, D. Avran, S. Legarrec, P. Sachs, S. Dauger
Service de réanimation pédiatrique, CHU Robert-Debré, Paris, France

Introduction : Les pneumopathies acquises sous ventilation mécanique (PAVM), dont la définition a été réactualisée en mai 2011 par le CDC, sont la seconde cause d'infection nosocomiale en réanimation pédiatrique.

Objectif principal : Déterminer l'incidence des PAVM selon la définition réactualisée du CDC 2011.

Objectifs secondaires : Étudier l'évolution récente de l'incidence des PAVM et évaluer la méthode diagnostique utilisée, l'épidémiologie bactérienne ainsi que l'adaptation de l'antibiothérapie.

Patients et méthodes : Étude prospective, monocentrique, descriptive menée dans le service de Réanimation et Surveillance Continue Pédiatriques de l'hôpital Robert-Debré incluant tous les patients intubés ventilés du 01 Janvier au 30 Juin 2012. Pour répondre à un des objectifs secondaires, une étude rétrospective sur la période équivalente de l'année 2011 a été réalisée.

Résultats : L'incidence des PAVM en 2012 selon la nouvelle définition du CDC 2011 est de 11,5 pour 1 000 jours de ventilation, globalement stable par rapport à la même période en 2011 (8,5/1 000 jours de VI). L'aspiration trachéale avec culture quantitative est la principale méthode diagnostique utilisée. L'épidémiologie bactérienne est en faveur de germe communautaire type *Haemophilus influenzae* en 2012, de germes nosocomiaux *Proteus mirabilis* et *Branhamella catarrhalis* en 2011, reflet du délai de survenue de la PAVM. La durée médiane de l'antibiothérapie était de 7 jours avec un délai de réadaptation de l'antibiothérapie à 2 jours.

Conclusion : Nous rapportons une étude prospective de l'incidence des PAVM en réanimation pédiatrique définie selon les critères diagnostiques du CDC réactualisés en 2011. Le travail va servir d'étude pilote à la mise en place d'une étude européenne multicentrique.

Bibliographie

1. <http://www.cdc.gov/nhsn/PDFs/pscManual/6pscVAPcurrent.pdf>
2. Srinivasan R, Asselin J, Gildengorin G, et al (2009) A prospective study of ventilator-associated pneumonia in children. *Pediatrics* 123:1108-15