

## Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)

### Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)

© SRLF et Springer-Verlag France 2013

#### EP072

#### Embolie pulmonaire chez les patients admis en réanimation pour exacerbation aiguë grave de BPCO : incidence et impact pronostiques

M. Bahloul<sup>1</sup>, A. Chaari<sup>2</sup>, H. Ghadhoun<sup>2</sup>, N. Ben Algja<sup>2</sup>, H. Chelly<sup>2</sup>, M. Bouaziz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Réanimation médicale, CHU Habib-Bourguiba, Sfax, Tunisie

<sup>2</sup>Service de réanimation polyvalente, CHU Habib-Bourguiba, Sfax, Tunisie

**Introduction :** Déterminer l'incidence et l'impact pronostique (mortalité et durée de séjour en réanimation) de l'embolie pulmonaire (EP) chez les patients admis en réanimation pour exacerbation aiguë grave de BPCO.

**Patients et méthodes :** C'est une étude rétrospective réalisée sur une période de 5 ans. Tous les patients présentant une exacerbation aiguë grave de BPCO étaient inclus. Le diagnostic d'EP a été confirmé dans tous les cas.

**Résultats :** Pendant la période de l'étude, 131 patients avec exacerbation aiguë de BPCO ont été admis dans notre ICU. L'âge moyen ( $\pm$  écart-type) était de  $68,6 \pm 9,2$  ans (médiane : 70 ans). Pendant leur séjour en réanimation, 23 patients (17,5 %) ont développé une EP. Le diagnostic a été confirmé dans un délai de 48 heures après l'admission en réanimation dans 22 cas (95 %). La comparaison entre les deux groupes (avec et sans du PE) a prouvé qu'ils ont eu les caractéristiques épidémiologiques. Cependant, tous les patients du groupe EP ont développé un état de choc à l'admission ou pendant le séjour en réanimation. De plus la mortalité était significativement élevée dans le groupe de EP (69,5 % contre 44 % ;  $p = 0,029$ ). En outre la durée de séjour en réanimation était significativement plus élevée dans le groupe EP ( $p = 0,007$ ). Enfin en analyse multivariée l'EP était identifié comme facteur indépendant de mortalité (OR = 3,49, IC 95 % : [1,01-11,1] ;  $p = 0,035$ ).

**Conclusion :** Notre étude a prouvé que l'EP est une pathologie fréquente chez les patients admis en réanimation pour exacerbation aiguë grave de BPCO. Cette complication s'associe avec une mortalité et une durée de séjour plus élevé.

#### EP073

#### Performance diagnostique du NT-proBNP dans la distinction entre dysfonction systolique et diastolique du ventricule gauche lors des exacerbations aiguës de BPCO

I. Ouanes, Y. Ben Aicha, L. Ouanes-Besbes, R. Bouzgarrou, Z. Hammouda, F. May, I. Touil, I. Elmjendel, S. Blel, F. Dachraoui, F. Abroug

Réanimation polyvalente, CHU Fattouma-Bourguiba, Monastir, Tunisie

**Introduction :** Une dysfonction ventriculaire gauche (VG) est souvent associée aux EABPCO, deux études réalisées par notre groupe

ont validés l'utilité du NT-proBNP dans le diagnostic de la dysfonction VG associée à l'EABPCO mais sa performance dans la distinction entre la dysfonction systolique ou diastolique du VG n'est pas bien étudiée dans ce contexte.

**L'objectif :** de cette étude est de décrire la typologie de l'insuffisance cardiaque lors des EABPCO et d'établir la performance diagnostique du NT-proBNP dans la distinction entre dysfonction systolique et diastolique du VG.

**Patients et méthodes :** C'est une étude prospective de 2 ans incluant 120 patients admis en réanimation pour une EABPCO. Un dosage de NT-proBNP à l'admission a été réalisé pour tous les patients et une échocardiographie a été réalisée chez 88/120 patients (73,3 %). Le test de Spearman a été utilisé pour déterminer les corrélations entre le NT-proBNP et les paramètres échocardiographiques. Une courbe ROC a été tracée pour déterminer la performance diagnostique du NT-proBNP, les valeurs seuils ont été déterminées par la meilleure combinaison entre la sensibilité et la spécificité (somme la plus élevée).

**Résultats :** Une dysfonction VG a été observée chez 52/88 patients (59 %), elle était de type diastolique dans 35,2 % des cas (trouble de la relaxation dans 58 % et trouble de la compliance dans 42 %) et de type systolique dans 23,8 %. Les taux de NT-proBNP étaient plus élevés chez les patients ayant une dysfonction systolique par rapport à ceux ayant une dysfonction diastolique ou n'ayant pas de dysfonction VG : 6 075 (10 243) ; 1 367 (5 676) et 1 103 (3 038) pg/ml respectivement. Les taux de NT-proBNP étaient négativement corrélés à la FEVG et positivement corrélés au rapport E/Ea. Le NT-proBNP a montré une bonne performance diagnostique de la dysfonction VG (AUC = 0,80, 1 900 pg/ml : sensibilité de 71,2 % et spécificité de 80,6 %), mais sa performance pour distinguer entre une dysfonction systolique ou diastolique est modérée (AUC = 0,69, 2 500 pg/ml : sensibilité de 67 % et spécificité de 60 %).

**Conclusion :** La dysfonction VG est fréquente lors des EABPCO, elle est plus fréquemment de type diastolique, le NT-proBNP a une bonne performance diagnostique de la dysfonction VG, mais une performance moyenne pour distinguer entre une dysfonction systolique ou diastolique.

#### EP074

#### Modalités de révélation du syndrome d'apnées du sommeil en réanimation

L. Ouanes-Besbes, F. May, I. Ouanes, F. Dachraoui, R. Bouzgarrou, Z. Hammouda, S. Ben Abdallah, F. Abroug  
Réanimation polyvalente, CHU Fattouma-Bourguiba, Monastir, Tunisie

**Introduction :** Le Syndrome d'Apnées du Sommeil (SAS) est une pathologie assez fréquente. Elle est grevée d'une importante comorbidité essentiellement cardiovasculaire, toutefois le SAS reste une entité méconnue. L'objectif de notre étude est de rapporter les modalités de

révélation d'un SAS en milieu de réanimation ainsi que ses caractéristiques cliniques et paracliniques.

**Patients et méthodes :** Étude rétrospective d'une base de données recueillies prospectivement, l'analyse a concerné tous les patients admis entre 2010 et 2013 et ayant un SAS méconnu, découvert lors d'une hospitalisation en réanimation à l'occasion d'une décompensation.

**Résultats :** Durant la période de l'étude 75 malades ont été inclus. La médiane d'âge était à 69 avec des extrêmes allant de 46 ans à 92 ans. Les maladies sous-jacentes étaient dominées par l'HTA (67,9 %) et le diabète (71,4 %). Les cardiopathies décrites étaient les coronaropathies et l'insuffisance cardiaque chez respectivement 10,7 % et 6,3 % des malades. La médiane du BMI était à 29,7 et celle du SAPSII était à 27. La majorité des patients étaient déjà au stade d'insuffisance respiratoire chronique. La cause de décompensation la plus fréquemment retrouvée était la poussée d'IVG soit dans 83 % des malades. Une origine infectieuse était en cause dans 14 % des cas.

**Conclusion :** Le SAS est une pathologie assez répondeuse mais demeure méconnue. L'œdème aigu du poumon est une modalité assez fréquente de découverte du SAS à un stade de complication cardiovasculaire. La thérapie ventilatoire est une composante essentielle de la prise en charge.

## EP075

### Étude de faisabilité et de validité du monitoring du CO<sub>2</sub> expiré (EtCO<sub>2</sub>) par un dispositif non invasif dédié en réanimation

M. Lermuzeaux<sup>1</sup>, S. Girard<sup>2</sup>, B. Sauneuf<sup>1</sup>, C. Daubin<sup>1</sup>, A. Seguin<sup>1</sup>, I. Desmeulles<sup>1</sup>, X. Valette<sup>1</sup>, D. Du Cheyron<sup>1</sup>, H. Normand<sup>2</sup>, N. Terzi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Service de réanimation médicale, CHU Côte-de-Nacre, Caen, France

<sup>2</sup>Laboratoire des explorations fonctionnelles, CHU Côte-de-Nacre, Caen, France

**Rationnel :** La pression artérielle en dioxyde de carbone (PaCO<sub>2</sub>) est fréquemment mesurée en réanimation. La méthode de référence est la gazométrie artérielle, geste invasif dont la réalisation comporte un certain nombre de contraintes. La répétition nécessaire des gaz du sang artériel et les besoins de surveillance continue ont vu apparaître des appareils de monitoring non invasif. Nous avons étudié la faisabilité et la fiabilité d'un dispositif dédié d'oxygénothérapie combinée à la mesure continue de l'EtCO<sub>2</sub> (lunettes PHILIPS Smart CapnoLine Plus®), et l'avons comparé à la gazométrie artérielle (méthode de référence) et à un autre monitoring non invasif de la pression transcutanée en CO<sub>2</sub> (PtcCO<sub>2</sub>).

**Patients et méthodes :** Une étude prospective, a été conduite chez 25 patients consécutifs de mai à juillet 2013. Tout patient hospitalisé en réanimation ayant présenté une décompensation respiratoire aiguë et nécessitant une oxygénothérapie nasale a été inclus. Cette étude a bénéficié d'un accord du Comité de Protection des Personnes Nord-Ouest III. Pour chaque patient un enregistrement continu : (1) de l'EtCO<sub>2</sub>, grâce au dispositif dédié, (2) de la PtcCO<sub>2</sub> à l'aide des 2 moniteurs disponibles sur le marché (TOSCA 500® et SenTec®), et (3) une gazométrie artérielle ont été réalisés. Ces mesures étaient pratiquées aux temps T0, T + 30, 60 et 120 minutes. La corrélation et les limites d'agrément de chacune des techniques ont été évaluées à l'aide d'un test de Bland et Altman.

**Résultats :** Onze patients ont été admis en réanimation pour une décompensation de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) nécessitant une ventilation non-invasive et quatorze ont été évalués en post-extubation d'un épisode de détresse respiratoire aiguë. Les enregistrements ont été réalisables chez tous les patients et aucune complication n'a été observée. Au total, 100 données ont été analysées chez les 25 patients inclus. Les valeurs de PaCO<sub>2</sub> mesurées allaient de 30 à

79,5 mmHg. La moyenne des différences entre : (1) l'EtCO<sub>2</sub> et la PaCO<sub>2</sub> était de -13,8 mmHg, avec des limites d'agrément comprises entre -33 et 5,3 mmHg. (2) PtcCO<sub>2</sub> mesurée par le moniteur TOSCA 500® et l'EtCO<sub>2</sub>, était de 11,4 mmHg, avec des limites d'agrément comprises entre -9,4 et 32,1 mmHg ; (3) la PtcCO<sub>2</sub> mesurée par le moniteur TOSCA 500® et la PaCO<sub>2</sub> était de -2,7 mmHg, avec des limites d'agrément comprises entre -11,5 et 5,9 mmHg. Il n'existait pas de différence significative entre les résultats obtenus avec les deux moniteurs TOSCA 500® et SenTec®.

**Conclusion :** Notre étude démontre que l'EtCO<sub>2</sub> mesurée à l'aide des lunettes PHILIPS Smart CapnoLine Plus®, est mal corrélée à la PaCO<sub>2</sub> et à la PtcCO<sub>2</sub> chez les patients de réanimation en ventilation spontanée, qu'il s'agisse de patients atteints de BPCO ou en post-extubation. En revanche, la mesure de la pression transcutanée en CO<sub>2</sub> est un moyen fiable et non invasif de surveillance continue.

## EP076

### Monitoring de la capnie par voie transcutanée au cours d'une séance de VNI en cas d'insuffisance respiratoire hypercapnique

D. Thévoz<sup>1</sup>, L. Piquilloud<sup>2</sup>, P. Jolliet<sup>2</sup>, J.-P. Revelly<sup>2</sup>

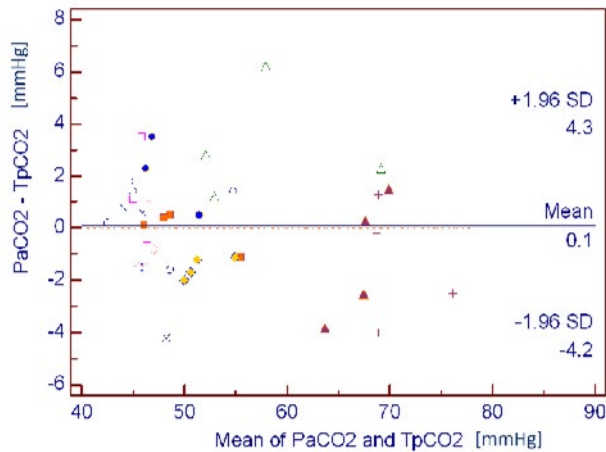
<sup>1</sup>Service de physiothérapie cardiorespiratoire, CHU Vaudois, Lausanne, Suisse

<sup>2</sup>Service de médecine intensive adulte, CHU Vaudois, Lausanne, Suisse

**Introduction :** La ventilation non invasive (VNI) est le traitement de première intention de l'insuffisance respiratoire aiguë hypercapnique. L'évaluation de l'efficacité d'une séance de VNI est habituellement basée sur l'amélioration clinique (fréquence respiratoire, oxygénation, signes de tirages) et gazométrique (P<sub>a</sub>O<sub>2</sub>, pH, P<sub>a</sub>CO<sub>2</sub>) du patient. On considère qu'un gaz du sang de contrôle devrait être effectué après environ 30 minutes de VNI pour évaluer l'efficacité du traitement. Cependant, chez un patient non équipé d'un cathéter artériel, ce prélèvement nécessite une nouvelle ponction et il est, de ce fait, souvent retardé. Dans ce contexte, le recours à un monitoring non invasif du CO<sub>2</sub> aurait une grande pertinence clinique. Le but de cette étude est d'évaluer la fiabilité de la mesure transcutanée du CO<sub>2</sub> (T<sub>c</sub>CO<sub>2</sub>) pour estimer la P<sub>a</sub>CO<sub>2</sub> et son évolution dans le temps au cours d'une séance de VNI chez des patients souffrant d'insuffisance respiratoire aiguë hypercapnique.

**Patients et méthodes :** Des patients de réanimation souffrant d'une insuffisance respiratoire aiguë hypercapnique (P<sub>a</sub>CO<sub>2</sub> > 45 mmHg), traités par VNI et porteurs d'un cathéter artériel ont été inclus dans cette étude prospective. La T<sub>c</sub>CO<sub>2</sub> était mesurée toutes les 15 minutes durant une séance de VNI de 60 minutes, à l'aide d'un capteur auriculaire (Sentec, Therwil, Switzerland) (placé 15 minutes avant le début du traitement). Une gazométrie artérielle était également effectuée toutes les 15 minutes. L'analyse a porté sur la corrélation entre les valeurs concomitantes de P<sub>a</sub>CO<sub>2</sub> et de T<sub>c</sub>CO<sub>2</sub> au moyen du coefficient de corrélation R de Pearson. La corrélation entre les 2 techniques de mesures a également été évaluée au moyen de la technique de Bland et Altman.

**Résultats :** Résultats préliminaires (médiane, centile 25-75) : 10 patients (4 hommes et 6 femmes, 9 connus pour pathologie obstructive) ont été inclus. Âge : 67 [63-77] ans, score SAPS II : 37 [29-45]. Avant la séance de VNI, la fréquence respiratoire était de 24 [21-27]/min, la P<sub>a</sub>CO<sub>2</sub> de 55 [48-67] mmHg et le pH de 7,4 [7,3-7,4]. Les valeurs de P<sub>a</sub>CO<sub>2</sub> étaient comprises entre 43 et 75 mmHg, celles de T<sub>c</sub>CO<sub>2</sub> entre 42 et 77 mmHg. Le coefficient de corrélation R de Pearson entre les valeurs de P<sub>a</sub>CO<sub>2</sub> et de T<sub>c</sub>CO<sub>2</sub> était de 0,98 (IC : 0,95-0,99). Bland et Altman : le biais entre les deux techniques de mesure était de 0,1 mmHg, la précision de 2,2 mmHg. Les limites de concordance étaient de -4,2 et 4,3 mmHg.



**Conclusion :** Dans cette étude préliminaire, on observe qu'au cours d'une séance de VNI pour insuffisance respiratoire aiguë hypercapnique, la corrélation entre la valeur de  $\text{CO}_2$  mesurée en transcutané et la  $\text{P}_a\text{CO}_2$  est satisfaisante. Ceci suggère que le monitoring transcutané du  $\text{CO}_2$  pourrait être utilisé en pratique pour évaluer l'efficacité d'une séance de VNI sur la correction de l'hypercapnie.

## EP077

### Antibiothérapie systématique et mortalité en réanimation chez les patients en exacerbation sévère de BPCO ventilés par VNI, analyse par un score de propensité

I. Ouanes, F. Dachraoui, L. Ouanes-Besbes, R. Bouzgarrou, F. May, Z. Hammouda, S. Ben Abdallah, I. Touil, S. Blel, I. Elmjendel, F. Abroug  
*Réanimation polyvalente, CHU Fattouma-Bourguiba, Monastir, Tunisie*

**Introduction :** L'impact de l'antibiothérapie systématique sur le devenir des patients en exacerbation aiguë de BPCO (EABPCO) admis en réanimation a été démontré par une seule étude émanant de notre groupe [1], qui suggérait que l'efficacité de l'antibiothérapie provenait de la prévention de la pneumopathie acquise sous ventilation mécanique (PAVM), chez des patients majoritairement intubés, rendant hasardeuse l'extrapolation aux pratiques actuelles où la majorité des patients sont ventilés de façon non invasive (VNI). L'objectif de cette étude est d'évaluer l'impact de l'antibiothérapie systématique sur

la mortalité en réanimation des EABPCO après la généralisation de l'usage de la VNI dans cette indication.

**Patients et méthodes :** Analyse rétrospective d'une base de données avec recueil prospectif, incluant les patients admis pour EABPCO, sur une période de 10 ans (2000-2009), caractérisée par une augmentation progressive de l'usage de la VNI, et dégressive de celle de l'antibiothérapie. Un score de propensité a été élaboré pour analyser l'association entre l'antibiothérapie et la mortalité en réanimation. Le score de propensité a inclus les variables suivantes à l'admission : le SAPS II, le pH, les globules blancs, la CRP et l'usage de la VNI. Une analyse multivariée par régression logistique (incluant le score de propensité), a été réalisée pour identifier les facteurs associés à la mortalité.

**Résultats :** 368 patients (âge médian = 68 ans ; IQR = 13, SAPS II médian = 27 ; IQR = 14, VNI dans 63,8 %) et à l'origine de 473 épisodes d'hospitalisations ont été inclus durant la période d'étude. Une antibiothérapie empirique a été prescrite dans 300 épisodes d'EABPCO (63,4 %). L'âge, le SAPS II et le pH initial étaient comparables entre les patients ayant reçu une antibiothérapie et ceux qui n'en ont pas reçu. La mortalité respective en réanimation était de 15,5 % et de 18,4 % ( $p = 0,477$ ). En analyse multivariée (tableau I), l'antibiothérapie n'était pas associée à la mortalité, et les facteurs associés à la mortalité en réanimation étaient : la VNI (effet préventif), les PAVM et le pH acide. Après ajustement avec le score de propensité, seuls, la VNI, la survenue de PAVM étaient indépendamment associés à la mortalité en réanimation.

**Conclusion :** Notre étude montre que depuis que la majorité des patients en EABPCO sont ventilés de façon non invasive, la prescription antibiotique systématique n'est pas associée à une moindre mortalité en réanimation.

## Référence

- Nouira S, Marghli S, Belghith M, et al (2001) Once daily oral ofloxacin in chronic obstructive pulmonary disease exacerbation requiring mechanical ventilation: a randomised placebo-controlled trial. *Lancet* 358:2020-5

## EP078

### Facteurs prédictifs des troubles respiratoires au cours du sommeil (TRS) chez les BPCO sévères

A. Azouzi<sup>1</sup>, R. Ben Jazia<sup>2</sup>, H. Ben Salem<sup>2</sup>, A. Abdelghani<sup>2</sup>, M. Benzarti<sup>2</sup>, M. Boussarsar<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Service de réanimation médicale, hôpital Farhat-Hached, Sousse, Tunisie

<sup>2</sup>Service de pneumologie, hôpital Farhat-Hached, Sousse, Tunisie

	Avant ajustement				Après ajustement par score de propensité			
	OR	IC 95 %		p	OR	IC 95 %		p
		min	max			min	max	
Age (par année)	0,967	0,933	1,003	0,071	0,969	0,935	1,005	0,095
SAPSII (par point)	1,009	0,974	1,046	0,603	1,017	0,979	1,057	0,383
Comorbidités cardiovasculaires	2,053	0,988	4,269	0,054	1,973	0,943	4,130	0,071
pH admission (par baisse de 0,01)	<b>1,040</b>	<b>1,001</b>	<b>1,081</b>	<b>0,045</b>	1,034	0,994	1,076	0,100
Survenue de PAVM	<b>16,469</b>	<b>7,251</b>	<b>37,405</b>	<b>&lt; 0,001</b>	<b>16,429</b>	<b>7,185</b>	<b>37,564</b>	<b>&lt; 0,001</b>
VNI à l'admission	<b>0,255</b>	<b>0,122</b>	<b>0,531</b>	<b>&lt; 0,001</b>	<b>0,195</b>	<b>0,081</b>	<b>0,464</b>	<b>&lt; 0,001</b>
Antibiothérapie	1,155	0,546	2,442	0,706	1,163	0,548	2,465	0,695

**Introduction :** La BPCO sévère oppose des défis pour la prescription rationnelle de l'assistance ventilatoire au domicile, désormais quasi-uniquement basée sur les données gazométriques. Les anomalies ventilatoires et gazométriques peuvent s'aggraver pendant le sommeil tout en restant inaccessibles au clinicien.

**Objectif :** Identifier les facteurs prédictifs de la présence de TRS chez les BPCO sévères.

**Patients et méthodes :** étude prospective sans intervention. Patients consécutifs, recrutés en pneumologie et en réanimation. Sont recueillis les caractéristiques anthropométriques, cliniques, fonctionnelles et gazométriques. Les échelles d'Epworth et de Pittsburgh sont mesurées. Une polygraphie respiratoire est réalisée à l'état stable.

**Résultats :** Au stade de cette évaluation préliminaire, 51 patients sont inclus. Les patients sont plutôt des BPCO sévères à très sévères (39,2 % GOLD 4). Tous dyspnéiques (mMRC 2, 52,9 %), 13,6 % des IRC et 13,6 % en hypoventilation alvéolaire chronique ( $pCO_2 > 55$  mmHg). 55 % ont fait au moins une exacerbation. 35 % une hospitalisation en pneumologie et 12 % en réanimation. La prévalence des TRS toute typologie confondue est de 49 % (dont 59,3 % des SAOS et 33,3 % des hypoventilations). Le poids, l'IMC, le tour de taille, le tour du cou, et les échelles de Pittsburgh et d'Epworth sortent significativement associés à la présence des TRS. L'analyse multivariée identifie le score d'Epworth comme seul facteur prédictif indépendamment associé à la présence de TRS (OR : 1,4 ; p : 0,02 ; IC 95 % : [1,04-61,88]).

**Conclusion :** La prévalence de TRS ici élevée contraste avec des perturbations gazométriques diurnes largement en dessous des seuils de prescription d'une assistance ventilatoire. Le score d'Epworth se dégage comme le seul facteur prédictif de ces TRS.

## EP079

### Impact de l'origine des patients en décompensation des bronchopneumopathies chroniques sur la mortalité

O. Jawed, H. Ben Sik Ali, Y. Touil, S. Ayed, R. Atig, N. Tilouche, R. Gharbi, M. Fekih Hassen, S. Elatrous  
Service de réanimation médicale, CHU Taher-Sfar-Mahdia, Mahdia, Tunisie

**Introduction :** Les décompensations des broncho-pneumopathies chroniques (BPCO) constituent un motif fréquent d'admission en réanimation. Généralement, les patients sont hospitalisés par le biais des urgences et rarement après un séjour en pneumologie. L'objectif de cette étude est de déterminer l'impact de l'origine des patients BPCO en décompensations grave sur la mortalité et la morbidité.

**Patients et méthodes :** C'est une étude rétrospective réalisée dans le service de réanimation médicale de l'hôpital Taher Sfar de Mahdia et étalée sur 10 ans (depuis 2003 jusqu'à 2012). Tous les patients hospitalisés en réanimation pour décompensation d'une BPCO étaient inclus dans cette étude. Les paramètres recueillis étaient : les caractéristiques démographiques, les scores de gravité (SAPSII et APACHEII), la cause de décompensation, l'origine du patient (des urgences ou du service de pneumologie), le type d'assistance ventilatoire, les complications infectieuses en réanimation, le recours à l'épuration extrarénale, la durée de séjour, la durée de ventilation mécanique et la mortalité.

**Résultats :** Durant la période de l'étude 1 579 patients (âge moyen :  $59 \pm 19$ , sex-ratio : 1/10, ET SAPSII moyen :  $30 \pm 18$ ) étaient hospitalisés en réanimation. La majorité des admissions étaient par le biais des urgences (89 % des cas). La cause majeure de décompensations était une trachéo-bronchite (60 % des cas). Soixante pourcent des patients étaient ventilés mécaniquement par ventilation mécanique invasive. La mortalité était de 18,4 %. Les deux groupes des patients (admis des urgences et transférés de la pneumologie étaient comparables concernant les caractéristiques démographiques, les scores de gravité, les causes de décompensation, les complications infectieuses en réanimation, le recours à l'hémodialyse, le type de l'assistance ventilatoire, la durée de ventilation mécanique et la durée de séjour. La mortalité des patientes transférés était significativement plus importante (26 % vs 17 %) (p : 0,006). En analyse mutivariée, les facteurs prédictifs de mortalité étaient, le SAPSII (OR : 1,037 ; IC 95 % : [1,027-1,045]), l'APACHE II (OR : 1,027 ; IC 95 % : [1,010-1,044]), le recours à la ventilation mécanique (OR : 4,48 ; IC 95 % : [2,848-7,045]), le recours à l'hémodialyse (OR : 2,336 ; IC 95 % : [1,307-4,4175]) et les patients transférés de la pneumologie (OR : 1,692 ; IC 95 % : [1,113-2,572]).

**Conclusion :** La mortalité des patients transférés de la pneumologie est élevée. L'instauration précoce d'une ventilation mécanique non invasive peut améliorer le pronostic de ces patients.