

Epidémiologie et Pronostic de l'arrêt cardio-respiratoire (ACR) chez le patient d'onco-hématologie (OH) : résultats préliminaires de l'étude ACROH

B Champigneulle (1); S Merceron (1); V Lemiale (1); D Mokart (2); F Bruneel (3); F Vincent (4); P Perez (5); J Mayaux (6); A Cariou (7); E Azoulay (1);

(1) Service de Réanimation Médicale, CHU Saint-Louis, Paris; (2) Service d'Anesthésie Réanimation, Institut Paoli-Calmettes, Marseille; (3) Service de Réanimation Médico-Chirurgicale, CH de Versailles - Site André Mignot, Le Chesnay; (4) Service de Réanimation Médico-Chirurgicale, CHU Avicenne, Bobigny; (5) Service de Réanimation Médicale, CHU Nancy - Hôpital Brabois Adultes, Vandœuvre-les-Nancy; (6) Service de Pneumologie et Réanimation Médicale, CHU la Pitié-Salpêtrière, Paris; (7) Service de Réanimation Médicale, CHU Cochin - Saint-Vincent de Paul - Site Cochin, Paris.

Numéro de Résumé : 006237 (FR)

Orateur : B Champigneulle

Structure : (Congrès médecin) Pathologie cardiovasculaire

Références bibliographiques :

Mode d'étude : Etude clinique

Certificat de conformité :

Certificat CCPPRB : Oui

Certificat Comité d'Ethique : Oui

Engagement de cession de droits : Oui

Fait le 26/09/2013

Introduction

L'arrêt cardiaque chez les patients d'onco-hématologie a été peu décrit. L'objectif de cette étude est d'analyser les conditions de survenue et le pronostic des patients d'OH victimes d'un ACR.

Patients et Méthodes

Il s'agit d'une étude observationnelle et rétrospective, conduite dans 6 services de réanimation médicale en France sur une période de 10 ans (2002-2012). Tous les patients admis en réanimation au décours d'un ACR et ayant un antécédent de pathologie tumorale solide ou hématologique ont été inclus dans l'étude. Les caractéristiques de l'ACR ainsi que les données se rapportant à la prise en charge en réanimation ont été recueillies. La survie a été analysée à la sortie de réanimation. Les données sont présentées en moyenne \pm DS ou en médiane [IQR]. Elles ont été comparées entre les survivants et les non survivants par des tests non paramétriques.

Résultats

114 patients (74 hommes et 40 femmes) ont été inclus dans l'étude, âgés de 63 [56-76] ans. La pathologie sous jacente était un cancer solide chez 64 patients (56%) ou une hémopathie maligne chez 50 patients (44%) avec un délai entre le diagnostic initial de la tumeur et la survenue de l'ACR de 6 [1-32] mois. Les étiologies retrouvées des ACR étaient : cardiaques présumées (29%) incluant les embolies pulmonaires (n = 10) et les syndrômes coronaires aigus (n = 7), respiratoires (33%), septiques (9%), métabolique (2%), autres ou inconnues (24%). Dans 48 cas (42%), la cause de l'ACR était en rapport avec la pathologie tumorale ou liée à une complication thérapeutique. L'ACR était plus généralement intra-hospitalier (n = 96, 84%), et pris en charge par un témoin (75%). Le no flow médian était de 0 [0-0] min, le low flow de 14 [5-15] min, le rythme initial était choquable pour 3% des patients. La durée de séjour en réanimation était de 2 [1-7] jours avec une durée de ventilation mécanique de 2 [1-4] jours. Les thérapeutiques mises en œuvre en réanimation incluaient : une ventilation mécanique dans 100% des cas, une hypothermie thérapeutique (19%), une épuration extra-rénale (15%), et l'administration de catécholamines (76%), pendant une durée de 1 [1-2] jours. Chez 22 patients (19%) le séjour en réanimation s'est compliqué d'un sepsis nosocomial. La mortalité en réanimation était de 75%. Le score CPC des survivants à la sortie de réanimation était à 1 [1-1]. Une décision de LATA était prise dans 41% des cas. La durée totale de réanimation était moins longue chez les survivants (5 (2-10) vs 17 (10-30) min, $p < 0.001$).

Conclusion

Dans cette population de patients d'onco-hématologie, l'ACR est plus souvent intrahospitalier volontiers en rapport avec la maladie ou ses traitements. La mortalité y est très élevée, liée à la durée de réanimation, au pronostic de la pathologie sous jacente et aux

