



Cardiovascular and Respiratory
Manifestations of Acute lung
injury and Sepsis

Compte rendu de la réunion CARMAS local du 29.04.2016

Membres présents :

Armand Mekontso Dessap, Faten May, Olivier Ellrodt, Nicolas de Prost, Damien Contou, Jérôme Cecchini, Guillaume Carteaux

GROUPE DE RECHERCHE CLINIQUE CARMAS

Responsable :

Pr. Armand MEKONTSO DESSAP
Réanimation Médicale, Mondor
mel: armand.dessap@aphp.fr

Secrétariat :

Mme Sophie JACQUES
mel : sophie.touati@aphp.fr
Ligne directe : 01.49.81.23.91

Membres :

Pr. Christian BRUN BUISSON
Réanimation Médicale, Mondor

Dr. Guillaume CARTEAUX
Réanimation Médicale, Mondor

Dr. Jérôme CECCHINI
Réanimation Médicale, Mondor

Dr. Damien CONTOU
Réanimation Médicale, Mondor

Dr. Nicolas DE PROST
Réanimation Médicale, Mondor

Pr. Muriel FARTOUKH
Réanimation, Tenon

Dr. Jean-François GEORGER
Réanimation, CHIV

Dr. Sébastien JOCHMANS
Réanimation, Melun

Dr. Vincent LABBE
Réanimation, Tenon

Pr. Bernard MAITRE
Unité de Pneumologie, Mondor

Dr. Keyvan RAZAZI
Réanimation Médicale, Mondor

Dr. Christophe VINSONNEAU
Réanimation, Melun

Dr. Emmanuel VIVIER
Réanimation, HSJSL Lyon

Dr. Guillaume VOIRIOT
Réanimation, Tenon

www.reamondor.aphp.fr

1- Radiographie thoracique au lit au cours du syndrome thoracique aigu (Olivier Ellrodt)

Le syndrome thoracique aigu est une pathologie typiquement récidivante touchant des patients jeunes. La radiographie thoracique au lit a une capacité diagnostique modérée (en comparaison avec le gold standard qu'est le scanner thoracique), et l'échographie pulmonaire a une meilleure performance diagnostique. On pourrait donc imaginer de minimiser l'irradiation des patients drépanocytaires en remplaçant la radiographie thoracique au lit par l'échographie pulmonaire en routine.

L'étude vise à comparer 3 périodes successives ; une 1^{ère} où la prescription de radiographie thoracique au lit pour le diagnostic ou le suivi du syndrome thoracique aigu était non supervisé (de janvier 2011 à novembre 2013) ; une 2^{ème} période où cette même prescription était supervisée (validation des radiographies quotidiennes par un sénior lors du staff matinal, depuis novembre 2013) ; et une 3^{ème} période où le suivi quotidien des patients s'effectuerait par défaut par échographie pleuropulmonaire (à partir de mai-juin 2016).

A ce jour, 314 patients ont été colligés de janvier 2011 à août 2015. La mise en place de la 3^{ème} période nécessite une mise à jour de la formation des différents médecins du service à l'échographie pulmonaire. Les critères d'inclusion seront l'admission en réanimation pour crise vaso-occlusive ou syndrome thoracique aigu.

2- Contrôle thermique au cours du SDRA (Jérémy Rosman)

Jérémy présente une revue exhaustive de la littérature concernant les effets de l'hypothermie ou du contrôle de l'hyperthermie au cours du SDRA. Il en ressort que ces stratégies sont susceptibles de réduire la consommation en oxygène, de même que la production de CO₂ avec une meilleure oxygénation (dont l'interprétation est compliquée par la modification du shunt via celle du débit cardiaque et l'altération de la courbe de dissociation de l'hémoglobine), une réduction de la capnie et une baisse potentielle des pressions artérielles pulmonaires en parallèle de l'amélioration de l'hémodynamique systémique par augmentation des résistances vasculaires périphériques. Il existe peu d'études humaines sur ce thème spécifique. A noter que 2 études de Cohortes suggèrent une surmortalité en cas d'hypothermie spontanée au cours du SDRA.

Il est proposé d'envisager 2 études physiologiques : la 1^{ère} évaluerait chez des patients en SDRA avec hyperthermie, le potentiel de réduction du volume courant autorisé par un contrôle de la température avec un objectif identique de PaCO₂ ; la 2^{ème} étude ciblerait les patients en SDRA avec hyperthermie et dysfonction vasculaire pulmonaire : l'objectif serait d'évaluer l'effet sur la circulation pulmonaire d'une réduction de PaCO₂ induite par le contrôle de la température.



INSTITUT MONDOR
DE RECHERCHE
BIOMÉDICALE



FACULTÉ
DE MÉDECINE



CARDIOVASCULAR AND RESPIRATORY
MANIFESTATIONS OF ACUTE LUNG
INJURY AND SEPSIS