

Neuroréanimation (pronostic, DVE, Sedation)

ID: 275

Sevrage progressif ou clampage direct de la DVE : une étude multicentrique rétrospective.

H. Gohel*(1), J.Brasselet(2), S.Praud(3), H.Lomo(1), K.Lakhal(2), Y.Launey(3), T.Bernard(1), S.Lasocki(1)

(1) Département anesthésie réanimation, CHU ANGERS, Angers, France , (2) Département anesthésie réanimation, CHU Nantes, Nantes, France , (3) Département anesthésie réanimation, CHU Rennes, Rennes, France

**Auteur présenté comme orateur*

Position du problème et objectif(s) de l'étude:

Si la dérivation ventriculaire externe (DVE) est souvent nécessaire, son maintien prolongé expose au risque d'infection neuroméningée. L'enjeu du sevrage de la DVE est important mais les pratiques diffèrent entre sevrage progressif (basé sur une élévation progressive du niveau de la DVE) ou rapide (avec « clampage direct »). L'objectif de cette étude était de comparer ces deux méthodes sur la durée de maintien de la DVE et le devenir des patients.

Matériel et méthodes:

Etude observationnelle, multicentrique, rétrospective avec accord de la CNIL et du comité d'éthique du CHU d'Angers. Nous avons inclus les patients porteurs d'une DVE hospitalisés du 1/01/2021 au 31/12/2022 en réanimation chirurgicale des CHU d'Angers, Nantes et Rennes, non opposés au recueil de leurs données. Nous avons recueilli les caractéristiques des patients et des premières épreuves de sevrage selon qu'elles étaient réalisées avec sevrage progressif (augmentation graduelle du niveau de DVE) ou par clampage direct. Les données sont exprimées en moyenne±ET ou médiane[IQR], ou n(%) et comparées par tests de Student, Kruskal-Wallis, Chi-2 ou test de Fisher.

Résultats & Discussion:

Sur 191 patients inclus (âge 56±15 ans, 101(53%) femmes, IGS2 40±15), nous avons étudié 132 premières épreuves de sevrage, dont 53(40%) clampages directs. Les pathologies initiales n'étaient pas différentes (HSA (34(64%) vs 51(65%)) et TC (5(9%) vs 10(13%)), p=0,66) ni l'indication de DVE (HTIC 9(17%) vs 16(20%), hydrocéphalie 25(47%) vs 35(42%) et les deux 18(34%) vs 25(32%), p=0,91). Les patients avec clampage direct étaient plus graves (IGSII et Glasgow score initiaux 42±13 vs 34±14, p=0,003 et 9±4 vs 11±4, p=0,006). Le clampage direct était associé à une durée de DVE plus courte (13,5[9,5-15] vs 16[11-20] jours, p=0,020) et une durée de séjour totale non significativement plus courte (Table). Il n'y avait pas moins d'infections, ni de présence d'un système de drainage à la sortie (8(18%) vs 14(19%), p=0,196), mais la mortalité hospitalière était plus élevée (13(25%) vs 7(9%) de décès, p=0,015).

Conclusion:

Le sevrage de la DVE par clampage direct est relativement fréquent et semble pouvoir réduire la durée de maintien de la DVE. Cependant, cela n'est pas associé à une amélioration du devenir des patients. Une étude interventionnelle devrait permettre d'évaluer l'intérêt de cette procédure pour le devenir des patients.

Remerciements:

Réseau ATLANREA

	Clampage (N=53)	Progressif (N=79)	p
Centre			
A	16 (30%)	27 (34%)	0,10
B	7 (13%)	46 (58%)	
C	30 (57%)	6 (8%)	
Paramètres avant clampage			
Délais pose - clampage DVE	10 [6 - 13]	13 [8 - 16] 55 [15 -	0,006
Productivité (ml/24h)	112 [49 - 175]	110]	< 0,001
Niveau DVE (mmHg)	10 ± 5	17 ± 5	< 0,001
Devenir du patient			
Séjour en soins critiques (Jours)	22 [18 - 30]	25 [20 - 32]	0,226
Infection neuroméningée	3 (6%)	9 (11%)	0,360
Décès en réanimation	9 (17%)	6 (8%)	0,088
Décès à l'hôpital	13 (25%)	7 (9%)	0,015
Vivant à J90	39 (76%)	57 (88%)	0,113
Matériel de drainage en sortie de réanimation			
DVE en place	4 (9%)	3 (4%)	0,196
DVP	4 (9%)	11 (15%)	
Sevré du système de drainage	36 (82%)	60 (81%)	

Les auteurs déclarent ne pas avoir toute relation financière impliquant l'auteur ou ses proches (salaires, honoraires, soutien financier éducationnel) et susceptible d'affecter l'impartialité de la présentation.