Réanimation et pronostic

ID: 366

Performance de l'IGS II pour prédire la mortalité à J90 après transplantation pulmonaire

E. Atchade(1), C.Tardy*(2), N.Zappella(2), A.Snauwaert(2), S.Tanaka(2), S.Jean-baptiste(2), B.Lortat-jacob(2), H.Mal(3), Y.Castier(4), C.De tymowski(2), P.Montravers(2)

(1) Réanimation Chirurgicale, Bichat Claude Bernard, Paris 18, France , (2) Réanimation Chirurgicale, Hôpital Bichat Claude Bernard, Paris 18, France , (3) Pneumologie B, Hôpital Bichat Claude Bernard, Paris 18, France , (4) Chirurgie vasculaire, thoracique et transplantation pulmonaire, Hôpital Bichat Claude Bernard, Paris 18, France

**Auteur présenté comme orateur*

Position du problème et objectif(s) de l'étude:
La performance de l'IGS II (index de gravité simplifié II) pour prédire la mortalité à J90 après transplantation pulmonaire (TP) n'est pas connue. L'objectif principal de l'étude était d'étudier la valeur prédictive du décès à J90 après TP de ce score. L'objectif secondaire était d'étudier les complications en réanimation selon l'IGS II à l'admission après TP.

Matériel et méthodes:
Etude rétrospective, monocentrique, observationnelle. Tous les patients (pts) transplantés pulmonaires dans notre établissement entre janvier 2016 et août 2022 ont été inclus. L'IGS II, les caractéristiques des donneurs, de la période peropératoire, les complications en réanimation, et la mortalité à J90 ont été recueillies. Des analyses statistiques univariées (tests exacts de Fischer, de Mann-Whitney), multivariées (régression logistique binaire), et une courbe ROC ont été réalisées. Le seuil de significativité a été fixé à 5%. Le CPP IDF2 a approuvé le protocole.

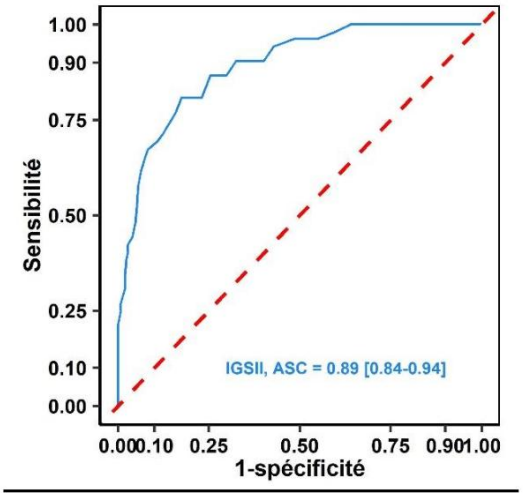
Résultats & Discussion:
304 pts ont été inclus. A l'admission en réanimation, l'IGS II médian était 44 [39-53]. L'aire sous la courbe de la courbe ROC de l'IGS II pour prédire la mortalité à J90 est de 0,89 (figure 1). En analyse multivariée, l'IGS II est un facteur de risque de mortalité à J90 ($p<0,001$) (Tableau 1). 90 (30%) pts avaient un IGS II> 50 à l'admission. Ces pts avaient davantage d'ECMO peropératoire ($p<0,001$) et de transfusion en culots globulaires (CG) ($p=0,003$). Les durées d'ECMO, de recours aux catécholamines, et de VM étaient plus longues (respectivement $p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$). La dysfonction primaire du greffon était plus fréquente ($p<0,001$), comme l'insuffisance rénale aiguë ($p<0,001$), l'épuration extra-rénale ($p<0,001$), le choc septique ($p<0,001$), les reprises chirurgicales thoraciques et abdominales ($p<0,001$ et $p=0,005$ respectivement). En analyse multivariée, les facteurs de risques d'IGSII > 50 à l'admission étaient l'ECMO peropératoire ($p=0,025$) et la transfusion ≥ 5 CG ($p=0,003$).

Conclusion:
La performance de l'IGS II à l'admission en réanimation comme prédicteur de mortalité à J90 après TP est élevée. L'IGS II>50 à l'admission en réanimation est associé à un risque élevé de complications post-opératoires précoces.

Tableau 1 : Facteurs associés à la mortalité à J90 après TP, analyse multivariée

	OR	IC95%	IGS 2
Transplantation en super urgence	1,80	0,77 – 4,22	0,18
Age, donneur	1,02	1,00 – 1,05	0,072
P/F, donneur	0,95	0,91 – 0,99	0,014
ECMO peropératoire	1,88	0,62 – 5,69	0,26
IGSII à l'admission en réanimation	15.65	7,13 – 34.39	**<0,001**

Figure 1 : courbe ROC



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.