

Transplantation Cardiaque, assistance circulatoire

ID: 435

Bilan de 12 ans d'assistance circulatoire dans l'arrêt cardiaque réfractaire

S. Souffir*(1), E.Lang(1), G.Abi abdallah(1), H.Nougue(1), D.Marrache(1), A.Godier(1), C.Fritz(1)

(1) Anesthésie-Réanimation, Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris, France

**Auteur présenté comme orateur*

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

L'arrêt cardiaque extrahospitalier sans retour à une activité cardiaque spontanée (ACR réfractaire) représente un enjeu majeur de santé publique et nécessite une prise en charge thérapeutique spécialisée dans une filière de soins organisée. L'implantation d'une circulation extracorporelle (ECLS) peut représenter sous certaines conditions une solution thérapeutique de sauvetage. L'objectif de cette étude était de décrire 12 années d'expérience d'ECPR dans notre centre.

Matériel et méthodes:

Entre janvier 2011 et avril 2023, nous avons mené une étude de cohorte observationnelle rétrospective (accord du CERAR ; IRB 00010254-2022-038) incluant tous les patients admis dans notre service pour un ACR réfractaire. Les données démographiques, l'anamnèse, et l'évolution des patients étaient collectées. Les variables quantitatives étaient exprimées en médiane [interquartiles]; les variables qualitatives en nombre d'événements ou pourcentage. Les caractéristiques des patients en fonction de la période de prise en charge étaient comparées par test du χ^2 d'homogénéité pour les variables qualitatives et par ANOVA pour les variables quantitatives. L'erreur de type I était fixée à 0,05.

Résultats & Discussion:

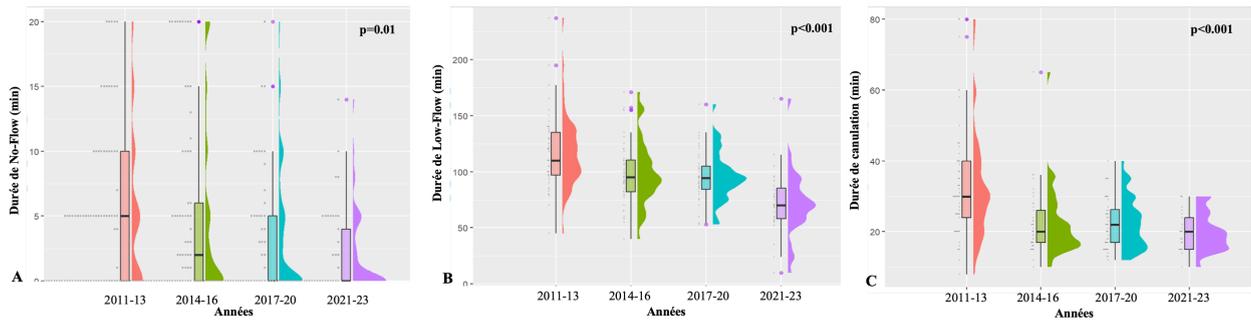
En 12 ans, 254 patients ont été admis pour un ACR réfractaire (âge 50 ans [41;57]; hommes 83% ; rythme choquable 56%), 205 ont été implantés d'une ECLS, les autres ont été réfutés sur des critères de futilité (n=17) ou d'échec de canulation (n=32). Les étiologies principales de l'ACR étaient le syndrome coronaire aigu documenté (33%), la noyade (12%), non retrouvée (35%). La mortalité de notre cohorte était effroyable (98,8%), supérieure à celle habituellement rapportée¹, malgré l'amélioration de la prise en charge au cours des ans incluant la diminution des durées de No-Flow, de Low-Flow et des procédures de canulation (Figures A,B,C). Les causes de décès incluaient la défaillance multiviscérale (66%), l'arrêt des thérapeutiques (13%), le choc hémorragique (11%), la mort encéphalique (10%). Six patients entraient dans une procédure de prélèvement multi-organe. Les trois survivants avaient un score de Catégorie de Performance Cérébrale à 1 à la sortie de réanimation.

Conclusion:

Après douze ans d'expérience d'ECLS dans l'ACR réfractaire et malgré une amélioration des délais de prise en charge, la survie est de 1,2%. Ces résultats interrogent sur la nécessité de mieux sélectionner ces patients à haut taux de mortalité mais aussi sur la finalité de cette prise en charge (1) : certains de ces patients, en fonction de leur évolution en réanimation, pourraient permettre le développement de la filière de prélèvement d'organes.

Références bibliographiques:

Suverein MM, et al. Early Extracorporeal CPR for Refractory Out-of-Hospital Cardiac Arrest. N Engl J Med. 2023 Jan 26;388(4):299-309.



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.