

Anesthésie-Réanimation et dysfonction neurologique

ID: 555

NeuroBase : une base de données multicentrique et prospective de patients admis en réanimation neurochirurgicale après une agression cérébrale aiguë.

J. Pochard*(1), R.Bernard(2), B.Chousterman(3), M.Collet(3), V.Degos(4), J.Dupont(2), J.Duranteau(1), S.Figueiredo(5), S.Sigaut(6), E.Weiss(6), M.Holleville(6)

(1) Département d'Anesthésie Réanimation, Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre, France , (2) Réanimation neurochirurgicale, Pitié-Salpêtrière, Paris, France , (3) Réanimation chirurgicale, Lariboisière, Paris, France , (4) Réanimation neurochirurgicale, Pitié-Salpêtrière, Paris, France , (5) Département d'Anesthésie-Réanimation, Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre, France , (6) Réanimation chirurgicale, Beaujon, Clichy, France

**Auteur présenté comme orateur*

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

Les agressions cérébrales aiguës sont associées à une mortalité importante et à des séquelles majeures à long terme. Plusieurs études ont prouvé l'utilité des neuro-réanimations, mais des données prospectives manquent pour qualifier leur prise en charge spécifique. Pour répondre à cet objectif, en 2022, quatre structures de neuro-réanimation d'Ile de-France ont initié une base de données commune prospective (NeuroBase®). L'objectif principal de notre étude est de décrire cette population.

Matériel et méthodes:

Après accord du CEERB Paris-Nord et de la CNIL, cette étude de cohorte descriptive, prospective et multicentrique, a inclus tous les patients majeurs admis dans quatre réanimations neurochirurgicales d'Ile-de-France pour une agression cérébrale aiguë (traumatisme crânien (TC), hémorragie sous-arachnoïdienne (HSA), AVC hémorragique (AVCh), AVC ischémique (AVCi)) entre le 01/05/2022 et le 30/03/2023. Les critères d'exclusion étaient l'opposition du patient ou des proches, un délai entre l'agression cérébrale aiguë et l'admission en réanimation supérieur à 48 heures. Les données ont été recueillies de manière prospective (logiciel REDCAP - Université de Vanderbilt) par les médecins des centres participants. Les variables qualitatives sont rapportées en nombre et pourcentage, et les variables quantitatives en moyenne et écart type, ou médiane et interquartile, selon la distribution.

Résultats & Discussion:

Au total, 694 patients ont été admis dans les 4 centres au cours de la période d'étude. Entre 250 et 350 variables ont été collectées en fonction de la pathologie du patient. Les principales variables, démographiques, de gravité et de traitement, sont présentées dans le Tableau 1, stratifiées par pathologie.

Ces résultats sont concordants à la fois avec les données pré-existantes de la littérature, et avec les recrutements spécifiques des centres participants (Figure 1). Le TC et l'HSA représentaient les 2 principales causes d'admission (respectivement 40 et 30% de la cohorte).

Conclusion:

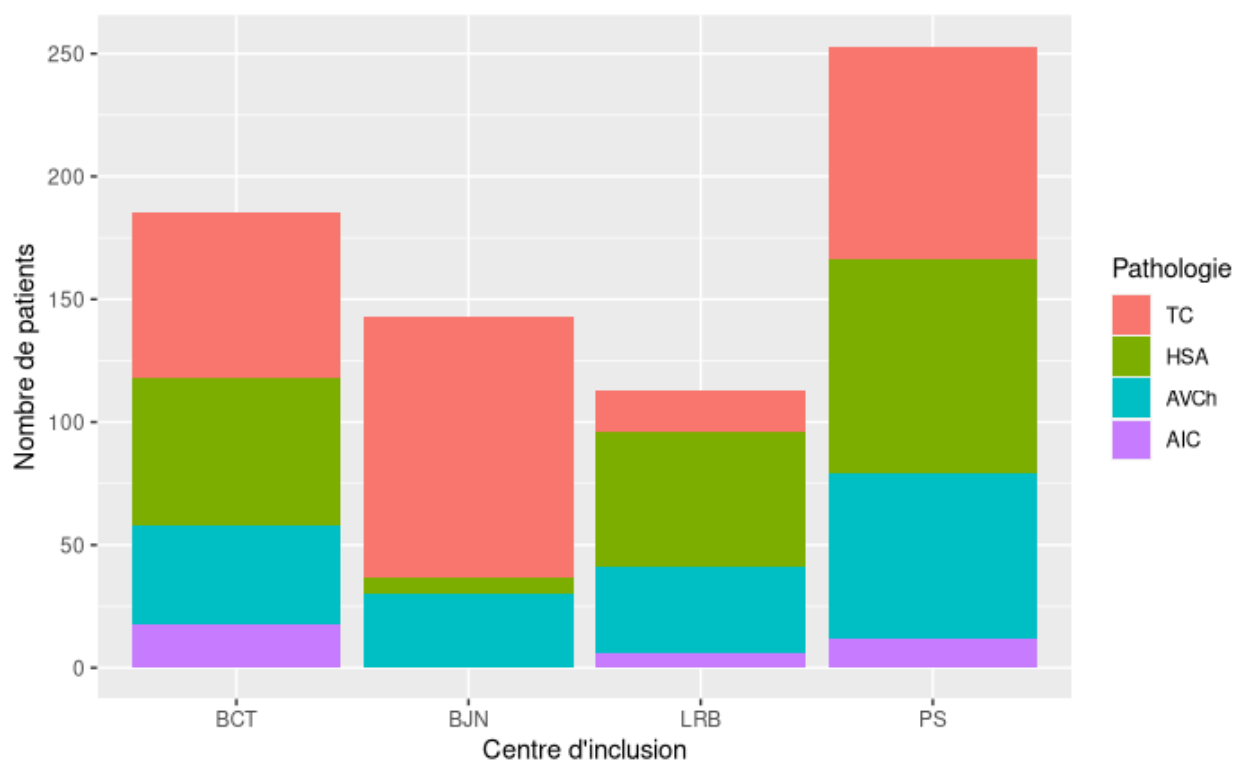
La Neurobase est un nouvel outil prospectif de recueil des neuro-lésions dans 4 réanimations d'Ile-de-France. Cette base de données a de potentiels usages importants, parmi lesquels l'évaluation des

pratiques réanimatoires, la mise en place de modèles pronostiques, et l'analyse qualitative et quantitative des filières de soins.

Références bibliographiques:

1. Busl, K. M., Bleck, T. P. & Varelas, P. N. JAMA Neurol. 76, 612–618 (2019). 2. Tas, J. et al. Front. Physiol. 13, (2022).

Tableau 1. Caractéristiques principales des 694 patients, stratifiés selon la pathologie				
Variable	TC	HSA	AVCh	AVCi
Nombre	277	209	172	36
Âge	47.3 [31.2, 63.3]	54.0 [46.2, 62.4]	55.5 [45.5, 65.0]	57.0 [47.6, 64.9]
Sexe féminin	46 (16.6)	126 (60.3)	74 (43.0)	13 (36.1)
IMC (kg/m ²)	24.8 [22.4, 27.6]	25.6 [22.8, 29.2]	25.6 [21.8, 28.5]	27.7 [24.1, 29.8]
Première PAS mesurée	133 [120, 150]	151 [135, 174]	170 [140, 204]	144 [131, 160]
Intubation pré-hospitalière	169 (61.2)	64 (30.6)	83 (48.8)	11 (31.4)
Osmothérapie pré-hospitalière	87 (31.9)	26 (12.5)	32 (19.0)	2 (5.7)
Pire GCS des 24 heures	6 [3, 12]	14 [6, 15]	7 [3, 12]	8 [4, 10]
Mydriase à l'admission	60 (22.3)	18 (8.7)	33 (19.8)	5 (14.3)
dont bilatérale	27 (10.1)	9 (4.6)	9 (5.7)	0 (0.0)
Pose d'un capteur de PIC	139 (52.9)	74 (37.4)	89 (53.6)	9 (26.5)
PIC >= 20 mmHg	93 (69.4)	39 (53.4)	58 (66.7)	6 (66.7)
Monitoring par DTC	158 (61.7)	166 (86.9)	104 (65.0)	23 (67.6)
Neurochirurgie dont	108 (42.7)	99 (51.8)	98 (59.8)	18 (52.9)
Évacuation d'hématome	58 (20.9)	7 (3.3)	48 (27.9)	0 (0.0)
DVE	45 (16.2)	86 (41.1)	57 (33.1)	5 (13.9)
Craniectomie décompressive	33 (11.9)	6 (2.9)	21 (12.2)	14 (38.9)
Durée de VM (jours)	8.0 [3.0, 18.2]	8.0 [2.0, 22.0]	7.0 [3.0, 17.0]	4.0 [2.8, 12.0]
Infection en réanimation	105 (43.8)	75 (39.5)	69 (46.0)	11 (33.3)
Décès en réanimation	65 (27.4)	31 (16.5)	50 (33.1)	9 (27.3)
Durée de séjour (jours)	8.0 [3.0, 21.0]	14.0 [8.8, 22.0]	10.0 [3.0, 24.0]	8.0 [4.0, 15.0]
Toutes les valeurs entre parenthèses sont des pourcentages, celles entre crochets des interquartiles.				
GCS : Glasgow Coma Score		DTC : Doppler transcrâniens		
TC : Traumatisme crânien		DVE : dérivation ventriculaire externe		
HSA : Hémorragie sous-arachnoïdienne		PIC : pression intracrânienne		
AVCh/i : Accident vasculaire cérébral hémorragique / ischémique		PAS: pression artérielle systolique		
		SpO2 : saturation pulsée en oxygène		



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.