

P5-17

Conception et validation interne d'un score prédictif d'échec de pose de voie veineuse périphérique aux urgences

G. Mercier^a, M. Sebbane^b, R. Jreige^b, S. Lefebvre^b, P. Dujols^a^a Département d'information médicale, CHU de Montpellier, Montpellier, France^b Service des urgences adultes, CHU de Montpellier, Montpellier, France

Mots clés : Urgences ; Cathétérisme périphérique ; Score prédictif

Introduction.— L'échec de pose de voie veineuse périphérique (VVP) a des conséquences importantes pour le patient (douleur, angoisse, retard de prise en charge) et pour le personnel des urgences (augmentation des délais, stress). L'identification précoce des patients à risque d'échec permettrait d'avoir recours précocement à l'assistance échographique et donc de limiter l'impact. L'objectif de cette étude était de concevoir et de valider un score prédictif d'échec de pose de VVP aux urgences.

Méthodes.— Des patients adultes nécessitant la pose d'une VVP ont été inclus consécutivement en janvier et février 2010 dans cette étude observationnelle prospective réalisée au service des urgences du CHU de Montpellier. L'échec de pose était défini par un nombre de tentatives de pose supérieur ou égal à quatre. Les facteurs cliniques prédictifs d'échecs ont été identifiés par un modèle de régression logistique. Un score prédictif a été construit à partir des variables prédictives, puis validé par Bootstrap.

Résultats.— Les 563 patients inclus étaient âgés en moyenne de 53,2 ans \pm 23. Le taux d'échec de pose de VVP était de 20,6 %. Les facteurs indépendamment associés au risque d'échec étaient un capital veineux mauvais (OR = 1,8 ; IC95 % = 1,1–2,8) ou très mauvais (OR = 2,5 ; IC95 % = 1,2–5,1) et un indice de masse corporelle (IMC) inférieur à 18,5 (OR = 2,1 ; IC95 % = 1,0–4,1) ou supérieur à 30 (OR = 1,7 ; IC95 % = 1,0–2,8). Le score dérivé va de 0 (risque d'échec minimum) à 3 (risque d'échec maximum).

Discussion.— Nous proposons un score prédictif d'échec de pose de VVP évaluable facilement à l'entrée du patient aux urgences à partir de son IMC et de son capital veineux. Avant d'envisager son utilisation en pratique courante, il serait souhaitable de le soumettre à validation externe.

doi:10.1016/j.respe.2011.02.058

P5-18

Programmation fœtale de l'insulinorésistance et du syndrome métabolique : rôle de la croissance ante- et postnatale

I. Milovanovic^a, J. Beltran^b, S. Deghmoun^a, O. Sibony^c, C. Levy-Marchal^a^a Inserm CIE 05, unité d'épidémiologie clinique, hôpital Robert-Debré, Paris, France^b Service d'endocrinologie pédiatrique, hôpital Necker-Enfants-Malades, Paris, France^c Service de chirurgie gynécologie-obstétrique, hôpital Robert-Debré, Paris, France

Mots clés : Retard de croissance intra-utérin ; Diabète de type 2 ; Insulinorésistance

Introduction.— Depuis 15 ans, il est établi que la restriction de croissance fœtale aboutissant à un petit poids de naissance (PPN) module le risque de développer un diabète de type 2 ou des maladies cardiovasculaires. L'apparition précoce d'une insulinorésistance semble l'élément clé de ce phénomène. L'objectif général est d'étudier le retentissement de la croissance fœtale sur la croissance postnatale et les fonctions métaboliques et hormonales depuis la naissance jusqu'à l'âge de quatre ans. Les objectifs spécifiques sont :

- l'étude des différents profils de croissance fœtale des sujets à risque de naître avec un petit poids de naissance ;
- le retentissement de ces différents profils de croissance sur l'insulinorésistance et les éléments du syndrome métabolique.

Méthodes.—

Suivi anténatal (déjà terminé).— Cinq cent quatre-vingt-deux grossesses ont été suivies. La croissance fœtale est évaluée à partir de quatre échographies réalisées entre 22 et 36 semaines d'aménorrhée. Chaque échographie est réalisée selon un protocole standardisé et par le même opérateur pour chaque femme.

Suivi postnatal.— Deux cent dix-neuf enfants sont suivis actuellement et ont tous dépassé l'âge d'un an ; 125 avaient PN inférieur à 10^e et 77 ont subi un retard de croissance intra-utérine.

Résultats.—

À la naissance :

- la restriction de croissance fœtale entraîne des modifications de la composition corporelle et ce, quel que soit le poids de naissance ;
- les modifications de la composition corporelle s'accompagnent de la modification du métabolisme (augmentation de la sensibilité à l'insuline, utilisation des lipides comme substrats énergétiques) ;
- le rattrapage de la masse grasse se fait dès le quatrième mois, sans générer d'excès de masse grasse.

De la première année de vie :

- ce n'est pas dans cette période que s'installent les complications métaboliques ; il semble que la croissance de rattrapage soit un phénomène compensatoire, consécutif à la restriction de croissance fœtale, indépendant des apports caloriques ;
- cette croissance accélérée n'a pas de conséquences délétères sur la composition corporelle, ni sur le métabolisme glucido-lipidique sans l'insulinorésistance ;
- les concentrations élevées de leptine.

Discussion.— Les concentrations élevées de leptine évoquent une résistance à cette hormone qui pourrait jouer un rôle majeur dans le développement des complications métaboliques dans les années suivantes. Il est également probable que la diversification alimentaire favorisera le processus.

doi:10.1016/j.respe.2011.02.059

P5-19

Survie à trois mois et facteurs pronostiques associés chez les patients présentant un choc septique dans la région Nord-Est

A. Pavon^{a,b}, C. Binquet^a, J.-P. Quenot^{a,b}^a Inserm, CIE1, centre d'investigation clinique-épidémiologie clinique/essais cliniques, CHRU de Dijon, Dijon, France^b Service de réanimation médicale, CHU de Dijon, Dijon, France

Mots clés : Choc septique ; Pronostic ; Étude de cohorte ; Modèle flexible de survie

Introduction.— Les chocs septiques représentent 10 % des admissions en réanimation. La mortalité à 28 jours est estimée entre 30 et 50 %, mais aucune étude n'a été réalisée depuis la mise en place des recommandations internationales de 2004 et 2008. Très peu de données sont disponibles sur le devenir à moyen terme de ces patients et les facteurs associés à ce devenir sont inconnus. L'objectif est d'estimer la mortalité à j90 des patients porteurs d'un choc septique et d'en identifier les facteurs pronostiques.

Patients et méthodes.— Une étude de cohorte incluant l'ensemble des patients majeurs présentant un choc septique a été mise en place dans 14 réanimations de l'inter-région Nord-Est depuis octobre 2009. La gravité du choc et les modalités de prise en charge sont recueillies. Le statut vital des patients à trois mois est recueilli via une enquête téléphonique. La présente étude porte sur les 500 premiers patients inclus. La recherche des facteurs pronostiques est réalisée à l'aide du modèle flexible d'Abrahamowicz et McKenzie prenant en compte des effets non linéaires et/ou non proportionnels.

Résultats préliminaires.— La population d'étude est constituée de 66 % d'hommes ; l'âge moyen est de 69 \pm 13 ans. Les premières données font état d'une mortalité de 59 % à l'hôpital. L'effet du nombre et du type de défaillance d'organe seront étudiés après ajustement sur l'âge et le sexe, de même que l'effet du type d'infection, des co-morbidités et des délais et modalités d'administration des thérapeutiques. Une procédure pas à pas descendante portant d'abord sur la sélection des effets flexibles de chaque variable, puis sur la sélection des variables elles-mêmes sera appliquée.

Conclusion.— Cette étude nous permettra d'estimer la mortalité à j90 des patients porteurs d'un choc septique et d'identifier de façon fiable les facteurs pronostiques associés.

doi:10.1016/j.respe.2011.02.060