

**Compte-rendu de la 5<sup>e</sup> réunion scientifique  
Mercredi 30 novembre 2011  
Hôpitaux Universitaires de Genève**

*47 personnes étaient présentes. 22 services étaient représentés*

**Le point sur REVA**

**Bilan annuel (L. Brochard, A. Mercat, JCM. Richard, A. Constan)**

REVA existe depuis 2 ans maintenant.

34 services participent à l'activité du réseau et 24 services sont officiellement membres de REVA.

Il a été rappelé que les membres de REVA sont des services et non pas des personnes, que le statut de membre impose d'être à jour de la cotisation annuelle (300€ / service) et de participer à au moins un projet du réseau par an.

Le statut de membre permet à l'ensemble des cliniciens d'un service de participer aux réunions scientifiques, de soumettre un projet de recherche et d'accéder à la partie sécurisée du site REVAweb.

Une vingtaine de projets de recherche sont développés au sein du réseau : 5 projets menés à bien, 6 projets en cours et au moins 10 projets à venir.

Les projets représentent 10 PHRC, 3 enquêtes internationales, 3 projets paramédicaux, un registre informatique et au moins 5 projets à venir.

Les publications liées au réseau ont été évoquées ainsi que les divers abstracts présentés lors de congrès (SRLF, ESICM).

La nouvelle page internet réservée aux membres de REVA a été présentée.

Adrien Constan, l'infirmier Coordonnateur de REVA a présenté son rôle au sein du réseau. Il a rappelé aux personnes développant un projet au sein de REVA qu'une de ses missions est d'être disponible pour aider les chefs de projets en fonction des besoins.

Enfin, afin de formaliser le lien entre les chefs de projet et le réseau REVA, une charte est en cours de rédaction. Son rôle est de rendre les retours systématiques concernant les projets et de permettre ainsi aux comités exécutif et scientifique d'évaluer l'avancée des projets et connaître les éventuelles difficultés rencontrées.

**Biothèque (Pr B. Maitre, J.L. Diehl)**

REVA travaille à la création d'une bibliothèque sur le site du CHU Henri Mondor de Créteil.

L'organisation du circuit est en cours d'élaboration, en prenant en compte notamment les possibilités locales de chaque service.

L'idée serait de stocker momentanément les échantillons dans chaque service afin d'effectuer des envois groupés moins coûteux.

La nécessité d'une charte a été évoquée afin de définir pour tout projet de recherche associé à la biothèque les règles de propriété et d'usage des échantillons.

La question du financement a été abordée et la difficulté que peut représenter le transfert de fonds entre différentes interrégions a été évoquée.

Les derniers services ayant adhéré à REVA recevront très prochainement un questionnaire afin de connaître les possibilités locales.

## **Projets REVA déjà en cours**

### **« Oxyréa » (A. Constan pour L. Poiroux) :**

Ce PHRIP cherche à évaluer l'impact de l'humidification sur le confort au cours de l'oxygénothérapie en réanimation. Les inclusions ont débutées depuis plusieurs mois et le nombre d'inclusions effectives (55) est en dessous du nombre d'inclusions théoriques (100). Le rationnel de l'étude, son design et les critères d'inclusion ont été rappelés.

Deux solutions ont été envisagées pour optimiser le recrutement : l'ouverture de nouveaux centres et l'autorisation d'inclure des patients la nuit.

Les centres intéressés sont donc bienvenus.

### **« Aspirations trachéales » (P. Beuret) :**

66 services ont participé à cette enquête nationale sur les pratiques d'aspirations trachéales, 477 gestes ont ainsi pu être observés.

3 recommandations sont appliquées par la grande majorité des soignants (>80%) : le caractère non systématique de l'instillation endo-trachéale, la non déconnexion du ventilateur, le temps d'aspiration inférieur à 15 secondes.

3 recommandations sont appliquées par environ 60% des soignants : l'aspiration non-systématique, le monitoring du niveau de dépression, le fait d'aspirer en n'introduisant pas la sonde jusqu'à la garde.

Enfin, le calibre de la sonde d'aspiration est adapté au calibre de la sonde d'intubation ou de trachéotomie dans seulement 5% des gestes observés.

Peu de complications ont été observées lors de cette enquête, et il ne semble pas avoir de lien entre le niveau de dépression appliqué et leur survenue.

Quelques remarques ont été formulées: nous ne disposons d'aucune données concernant la gravité des patients en dehors du niveau de PEP et de FiO<sup>2</sup> ; il a été suggéré de comparer la survenue de complications entre les services qui respectent les recommandations et ceux qui ne les respectent pas.

Enfin, étant donné le faible taux de survenue de complications, il a été suggéré de conduire une nouvelle enquête avec un nombre plus important de patients.

### **« La V.M en pratique courante » (Y.L Nguyen) :**

40 services (dont 7 en Suisse) ont participé à cette enquête de type case-vignette visant à évaluer les pratiques des réanimateurs concernant la ventilation mécanique.

Certaines pratiques apparaissent consensuelles comme la gestion de l'intubation, les réglages du respirateur et le sevrage ventilatoire.

Des disparités de pratiques apparaissent concernant la gestion de la sédation-analgésie, la prévention des complications et la prescription de la radio de thorax.  
Enfin, une divergence apparaît entre les déclarations des coordonnateurs de chaque service et les médecins interrogés au sein du même service.  
Un abstract a été envoyé pour le congrès de l'ATS (American Thoracic Society).

**« Florali » : (J.P. Frat) :**

Cette étude, déjà présentée lors des précédentes réunions, vise à évaluer l'intérêt de l'oxygénothérapie nasale réchauffée et humidifiée (Optiflow®) dans le traitement de l'insuffisance respiratoire aiguë hypoxémique et non hypercapnique.  
A ce jour, 27 centres participent à l'étude et 17 centres sont actifs.  
Plus de 1100 patients ont déjà été screenés et 77 patients inclus dans l'étude.  
Le nombre d'inclusion théorique est de 105 patients, un allongement de 12 mois est donc envisagé pour atteindre les objectifs de recrutement.

**« Eolia » (L. Brochard pour A. Combes) :**

Cette étude randomisée porte sur l'utilisation de l'oxygénation extracorporelle (ECMO) chez les patients en SDRA sévère, le critère de jugement principal est la mortalité à J60.  
Il est mis en place en collaboration avec la firme Maquet® qui fournit le matériel nécessaire à la mise en place des ECMO.  
Des centres Français mais aussi Américains, Australiens et Suisses participent à ce projet. Des services d'autres pays (Canada, Allemagne) sont également intéressés par ce projet.  
Les contrats de collaboration avec les centres étrangers sont en cours.  
7 centres sont maintenant ouverts, aucun patient n'a été inclus pour le moment.

**« Grippe et ECMO » (T. Pham) :**

Les données concernant 122 patients ayant nécessité un recours à l'ECMO au cours des 2 dernières épidémies de grippe A H1N1 (hiver 2009-10 et 2010-11) ont pu être récupérées et analysées.  
Les facteurs associés à un pronostic péjoratif sont des lactates plus élevés, une pression de plateau plus élevée et sa baisse sous ECMO, et une pression motrice (Pplat –PEP) plus importante à J1 d'ECMO, l'usage précoce de corticoïdes ; un indice de masse corporelle plus élevé apparaît protecteur.  
Par ailleurs, un appariement sur score de propension a été effectué entre patients « ECMO » et « SDRA sévères non-ECMO ».  
Il n'apparaît pas de différence de taux de mortalité entre ces 2 populations. Cependant, la moitié des patients « ECMO » n'a pu être appariée avec des patients « non- ECMO » (patients plus jeunes avec atteinte respiratoire plus sévère).  
2 abstracts ont été soumis à l'ATS.

**« WIND » (G. Beduneau) :**

Ce projet, déjà présenté lors de réunions précédentes, repose sur un registre informatique qui permet une approche épidémiologique du sevrage ventilatoire.  
Une pré-étude permettant d'en évaluer la faisabilité a déjà eu lieu, et 808 patients y avaient été inclus.

Les démarches légales sont en cours, le projet vient d'obtenir un avis favorable du CCTIRS (Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information dans le domaine de la Recherche en Santé).

**« Bird » (A. Mercat et JCM. Richard) :**

Ce PHRC évaluant l'utilisation de l'APRV au cours du SDRA devrait démarrer en février prochain. L'inclusion de 800 patients est prévue.

Il a été décidé que seuls les respirateurs de la marque Dräger® seraient utilisés dans le cadre de ce protocole.

L'algorithme de réglage de l'APRV a été finalisé. Pour que la ventilation spontanée ne soit pas délétère, il est nécessaire que celle-ci ne dépasse pas 50% de la ventilation totale.

D'autre part, le mode BiPAP ne sera pas utilisé car il offre la possibilité de synchroniser les efforts inspiratoires du patient sur la pression haute du respirateur, ce qui induit une majoration du volume courant au moment de la montée en pression.

Dans l'APRV, la montée en pression haute est totalement indépendante des efforts du patient, annulant ce phénomène et évitant ainsi d'exposer le patient à des volumes courants élevés délétères au cours du SDRA.

## **Projets proposés au comité scientifique**

**« Statin-VAP » (L. Papazian) :**

Cette étude prospective randomisée comparative en double-insu vise à évaluer l'intérêt de l'adjonction d'une statine au traitement antibiotique pour les patients avec une pneumopathie bactérienne suspectée.

Le projet est déjà en cours dans l'interrégion PACA et 230 patients ont déjà été inclus.

La participation de nouveaux centres est souhaitée.

Pour chaque centre, le rythme d'inclusion devrait être de 10 malades par an pendant 2 ans.

Un résumé sera très prochainement envoyé aux services-membres de REVA afin de leur proposer de participer.

**“Réhabilitation précoce des patients BPCO en réanimation” (N. Terzi):**

Les épisodes d'exacerbation de BPCO sont susceptibles d'accélérer la dégradation fonctionnelle et altérer la qualité de vie des patients. Une étude monocentrique locale a mis en avant une diminution significative de l'activité physique dans les suites du séjour en réanimation.

Le projet proposé, multicentrique, vise à comparer une prise en charge standard du patient BPCO en réanimation avec une prise en charge incluant une réhabilitation précoce.

Les critères de jugement porteront sur le devenir à long terme (1 an) des patients (hospitalisation, médicalisation, qualité de vie).

Une proposition émergeant de la discussion est de commencer par une enquête de pratiques.

**«Wean-Lus» (A. Soummer) :**

Les mécanismes physiopathologiques impliqués dans la détresse respiratoire post-extubation aboutissent à une perte d'aération pulmonaire quantifiable en échographie pendant l'épreuve de sevrage de la ventilation.

Ce projet randomisé multicentrique propose de comparer une prise en charge standard du sevrage ventilatoire et une prise en charge dite « intensive ». La prise en charge intensive consiste à évaluer la perte d'aération pulmonaire par échographie (score de LUS) afin de discriminer les patients nécessitant le recours à une VNI prophylactique et à un traitement de la cause de la perte d'aération (évacuation épanchement pleural, diurétiques...).

Une demande de financement est soumise au PHRC régional 2012.

7 centres ont déjà accepté de participer.