

Bénéfice hémodynamique, moindre mortalité

Le refroidissement externe favorable dans le choc septique fébrile

Dans le choc septique fébrile, un refroidissement externe pour réduire la fièvre se révèle un moyen sûr et de nature à réduire le besoin en médicaments vasopresseurs ainsi que la mortalité précoce. L'étude SEPSICOOOL apporte des arguments pratiques en faveur du refroidissement externe.

LE CHOC SEPTIQUE, défini comme un sepsis associé à une défaillance cardio-vasculaire nécessitant une perfusion de vasopresseurs, est assorti d'un taux de mortalité très élevé, de 40 à 60 %. Les chances de survie dépendent de l'évolution du dysfonctionnement cardiaque. Environ les deux tiers des patients porteurs d'un sepsis sévère ont une fièvre avec une température supérieure à 38,3 °C. Le contrôle de cette fièvre est-il un moyen utile, en plus de ceux recommandés pour la prise en charge du sepsis (contrôle de la source de l'infection, restauration de l'oxygénation tissulaire, parfois corticostéroïdes à faibles doses pour améliorer l'état cardio-vasculaire)? Il existe un débat à ce sujet. Un contrôle de la fièvre par refroidissement externe est associé à une amélioration du débit cardiaque et de la consommation en oxygène, à une augmentation du tonus vasculaire et de la clairance des lactates. D'un autre côté, la fièvre a une utilité pour renforcer les défenses, inhiber la croissance des micro-organismes et améliorer la survie.

L'étude randomisée SEPSICOOOL a été menée par des praticiens français et genevois (Frédérique Shortgen, Laurent Brochard et coll., hôpital Henri-Mondor et hôpitaux de Genève), pour savoir si un refroidissement externe appliqué au début du choc septique est en pratique bénéfique aux patients. Dans 7 USI ont été recrutés des adultes en choc septique fébrile (38,3 °C au minimum). Les patients recevaient un traitement vaso-

presseur, étaient sédatisés et sous ventilation assistée.

Température cible : 36,5 °C à 37 °C.

Ils ont été randomisés pour avoir en plus un refroidissement externe (n = 101) ou ne pas en avoir (n = 99). Le refroidissement externe (couvertures refroidissantes automatiques, draps réfrigérés, sacs de glace) était appliqué pendant quarante-huit heures pour maintenir une température centrale entre 36,5° et 37°. La pression artérielle était maintenue à 65 mmHg au minimum par les vasopresseurs.

Dès deux heures après le début du traitement, la température est significativement plus faible dans le groupe sous refroidissement externe (36,8° vs 38,4°; p < 0,01). Après 12 heures de traitement, le nombre de personnes chez qui on a pu réduire de 50 % la dose de vasopresseur, est significativement plus élevé dans ce même groupe (54 % vs 20 %; différence absolue de 34 %; p < 0,001). Toutefois, cette dernière donnée n'est plus significative à 48 heures (72 % vs 61 %, différence absolue 11 %). La réversibilité du choc en USI est plus fréquente dans le groupe sous refroidissement (86 % vs 73 %; différence absolue de 13 %; p = 0,021). Enfin, une donnée qui n'est pas des moindres, la mortalité à J14, est significativement inférieure dans le groupe sous refroidissement externe (9 % vs 34 %; différence absolue de -16 %; p = 0,013).

Ainsi, un refroidissement externe pour atteindre la normothermie dans le choc septique est sûr, accélère la stabilisation hémodynamique, diminue le besoin en vasopresseurs, augmente le taux de réversibilité du choc et diminue la mortalité précoce.

> Dr BÉATRICE VUAILLE