

PAUSE AR | I

Nouveautés de la semaine du 17 octobre 2026

6 nouveautés cette semaine, dont 1 susceptible de changer votre pratique.

SÉDATION, DELIRIUM & APRÈS-RÉANIMATION Essai randomisé · SAVE-ICU

Isoflurane-Based Inhaled Sedation in Mechanically Ventilated Adults With Acute Hypoxemic Respiratory Failure: The SAVE-ICU Randomized Clinical Trial

JAMA · 14 octobre 2026 · Essai randomisé pragmatique, 780 patients, quatorze réanimations · ESICM 2026

La sédation inhalée par halogénés est proposée en réanimation comme solution de remplacement des sédatifs intraveineux, mais les données solides manquaient chez les patients ventilés pour une insuffisance respiratoire aiguë hypoxémique. Cet essai pragmatique a comparé la sédation inhalée par isoflurane à la sédation intraveineuse habituelle chez 780 adultes, dans quatorze réanimations canadiennes ; dans le groupe inhalé, les cliniciens pouvaient ajouter des sédatifs intraveineux lorsqu'ils le jugeaient nécessaire. La mortalité hospitalière, le critère principal, n'a pas été réduite. Deux critères secondaires sont défavorables à la sédation inhalée : les patients de ce groupe ont reçu plus souvent des traitements de sauvetage de l'hypoxémie et ont passé moins de jours sans delirium ni coma.

En pratique : chez l'adulte ventilé pour une insuffisance respiratoire aiguë hypoxémique, sédater à l'isoflurane plutôt que par voie intraveineuse n'a pas fait baisser la mortalité hospitalière. Aucune différence n'a non plus été mise en évidence sur les jours vivant hors réanimation, hors ventilation ou hors hôpital, ni sur la qualité de vie et le handicap à trois mois. Deux résultats secondaires vont dans l'autre sens : davantage de traitements de sauvetage de l'hypoxémie et moins de jours sans delirium ni coma. C'est la plus large évaluation de la sédation inhalée menée en pratique courante, et elle ne donne pas d'argument pour généraliser l'isoflurane dans cette indication. En revanche, elle ne dit rien du recours ponctuel aux halogénés dans les situations réfractaires, qu'elle n'a pas étudiées.

[Article original](#)

HÉMODYNAMIQUE, CHOC & REMPLISSAGE Méta-analyse

The role of fibrinogen concentrate in the reduction of allogeneic blood product requirements: a systematic review and meta-analysis

Br J Anaesth · 12 octobre 2026 · Méta-analyse de 58 études comparatives, 13 530 patients

Le concentré de fibrinogène est recommandé devant une hypofibrinogénémie acquise, mais son intérêt par rapport aux autres traitements restait incertain. Cette revue systématique a rassemblé 58 études comparatives, menées dans des contextes cliniques variés, puis mis en commun leurs données. Chez l'adulte, les besoins en concentrés de globules rouges, en plasma frais congelé et en plaquettes ont été moindres sous fibrinogène qu'avec les autres traitements ; ce résultat repose en grande partie sur les études de chirurgie cardiaque. Toujours chez l'adulte, aucune différence significative n'est apparue sur la mortalité ni sur les événements thromboemboliques ; chez l'enfant, aucun des critères analysés n'a montré de différence significative.

En pratique : chez l'adulte, ce travail va dans le sens de l'usage déjà recommandé du concentré de fibrinogène devant une hypofibrinogénémie acquise — la consommation de concentrés de globules rouges, de plasma frais congelé et de plaquettes est moindre qu'avec les autres traitements. Aucun gain de survie n'est démontré, et aucun surcroît d'événements thromboemboliques n'a été mis en évidence. Comme le résultat tient surtout aux études de chirurgie cardiaque, il ne se transpose pas tel quel à l'hémorragie du polytraumatisé ou à l'hémorragie obstétricale. Chez l'enfant, aucun bénéfice n'est démontré.

[Article original](#)

Intraoperative Dobutamine Plus Norepinephrine to Prevent Postoperative Acute Kidney Injury in Septic Shock: A Randomized Clinical Trial

JAMA · 14 octobre 2026 · Essai randomisé en ouvert, 584 patients, 39 hôpitaux · ESICM 2026

Les recommandations internationales proposent la dobutamine dans le choc septique avec dysfonction cardiaque et hypoperfusion persistante, mais le niveau de preuve est très faible, et aucun essai randomisé n'avait évalué son emploi pendant le geste chirurgical de contrôle de la source. Cet essai a comparé, par tirage au sort, une perfusion peropératoire de dobutamine jusqu'à 5 µg/kg/min ajoutée à la noradrénaline, et la noradrénaline seule, chez 584 adultes en choc septique conduits au bloc pour un contrôle de la source dans trente-neuf hôpitaux chinois. Le critère principal était l'insuffisance rénale aiguë nouvelle ou aggravée dans les sept jours suivant l'opération : elle a été moins fréquente sous dobutamine, et la baisse porte aussi sur les stades 2 et 3. La mortalité à 28 et à 90 jours va dans le même sens sans que la différence soit significative, et la tachycardie a été plus fréquente sous dobutamine.

En pratique : chez l'adulte en choc septique conduit au bloc pour un contrôle de la source, ajouter de la dobutamine à la noradrénaline pendant l'opération a fait passer l'insuffisance rénale aiguë postopératoire d'un peu plus d'un patient sur trois à un peu moins d'un sur quatre, et la baisse porte aussi sur les stades 2 et 3. C'est le premier essai randomisé sur cette question, là où les recommandations reposaient sur un niveau de preuve très faible. Trois réserves avant d'en faire une règle : la différence de mortalité n'est pas significative, l'essai est ouvert et conduit dans un seul pays, et la fonction cardiaque de départ n'a pas été mesurée chez tous. Reste à surveiller la tachycardie, plus fréquente sous dobutamine.

[Article original](#)

Open Visiting Policy and Delirium in Adult Patients in ICUs: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials

Crit Care Med · 15 octobre 2026 · Méta-analyse de 13 essais randomisés, 3 861 patients

Ouvrir les visites aux proches fait partie des mesures d'organisation proposées pour prévenir le delirium en réanimation : cette méta-analyse rassemble les treize essais randomisés qui ont évalué cette pratique chez l'adulte, soit 3 861 patients. Le delirium, critère principal, était moins fréquent sous visites libres ou souples que sous visites restreintes, et la durée de ventilation invasive à peine plus courte. Sur les infections nosocomiales, comme sur la durée de séjour et la mortalité en réanimation, aucune différence n'a été mise en évidence. Les auteurs jugent eux-mêmes le niveau de preuve faible à très faible et l'hétérogénéité substantielle : l'ampleur de l'effet sur le delirium se lit comme une piste, non comme une estimation fiable.

En pratique : l'ouverture des visites en réanimation va dans le sens d'un delirium moins fréquent, sans qu'un surcroît d'infections nosocomiales ou de mortalité ait été mis en évidence — et c'est peut-être ce second point qui est le plus utile, la crainte infectieuse étant l'un des arguments avancés en faveur des visites restreintes. L'ampleur annoncée sur le delirium, un risque réduit d'un peu plus de moitié, repose sur un niveau de preuve faible et une hétérogénéité substantielle : elle ne doit pas être reprise comme un chiffre. Pour une mesure qui ne coûte aucun médicament, le faisceau suffit à élargir les visites quand l'organisation le permet ; il ne permet ni d'en attendre un bénéfice chiffré, ni d'affirmer que la durée de séjour, les infections et la mortalité restent inchangées.

[Article original](#)

Effect of Vasopressin Initiation Threshold on Septic Shock Mortality: The VASSPR Cluster Crossover Randomized Strategy Trial

JAMA · 14 octobre 2026 · Essai randomisé en grappes avec permutation, 3 959 patients · ESICM 2026

Dans le choc septique, la dose de vasopresseurs à partir de laquelle il faut en ajouter un second n'est pas établie, et les recommandations laissent le seuil à l'appréciation du clinicien. Cet essai pragmatique a comparé deux consignes d'établissement — introduire la vasopressine dès que les autres vasopresseurs atteignent 0,1 µg/kg/min d'équivalent noradrénaline, ou attendre 0,4 µg/kg/min — dans treize hôpitaux américains, chacun appliquant l'une puis l'autre d'un mois sur l'autre. La pratique a bien changé chez les patients dont la prise en charge pouvait réellement différer d'une consigne à l'autre : deux patients sur trois ont reçu de la vasopressine sous la consigne précoce, contre un peu plus de quatre sur dix sous la consigne tardive. La mortalité à 28 jours, critère principal, n'a pas été réduite pour autant, et aucune différence n'est apparue sur les jours vivant sans épuration extrarénale.

En pratique : dans le choc septique, avancer par consigne d'établissement l'introduction de la vasopressine à 0,1 µg/kg/min d'équivalent noradrénaline, plutôt qu'à 0,4, n'a pas fait baisser la mortalité à 28 jours, et n'a pas davantage augmenté les jours vivant sans épuration extrarénale. Le résultat porte sur près de quatre mille patients et sur une différence de pratique réelle, ce qui lui donne du poids ; il ne démontre pas pour autant que le moment de l'introduction soit indifférent, puisque les deux consignes se sont partiellement recouvertes et que l'intervalle de confiance laisse place à un écart de quelques points dans un sens comme dans l'autre. Il n'apporte en revanche aucun argument pour abaisser systématiquement le seuil : la vasopressine garde sa place dans le choc septique et peut être ajoutée lorsque la situation clinique le justifie, sans qu'il soit nécessaire de viser un seuil d'introduction bas.

[Article original](#)

Weaning Strategies for High-Flow Nasal Cannula in Critically Ill Adults: A Randomized Clinical Trial

Crit Care Med · 15 octobre 2026 · Essai randomisé multicentrique, 87 patients, trois stratégies

Le haut débit nasal est d'usage courant en réanimation, mais la façon de l'arrêter n'est pas codifiée : on diminue le débit, la fraction inspirée d'oxygène, ou les deux, selon les habitudes du service. Cet essai a réparti entre ces trois protocoles 87 adultes qui remplissaient les critères de sevrage. Le sevrage a réussi à 24 heures chez 94 % des patients dont le débit a été baissé en premier, contre 81 % et 77 % dans les deux autres groupes ; la différence entre les trois groupes n'atteint pas le seuil de significativité ($p = 0,15$). Avec 26 à 31 patients par groupe, l'essai est trop petit pour départager les trois stratégies, et il n'autorise pas davantage à les déclarer équivalentes.

En pratique : cette comparaison randomisée des façons d'arrêter le haut débit nasal ne tranche pas. Le sevrage a réussi chez 94 % des patients dont le débit a été diminué avant la fraction inspirée d'oxygène, contre 81 % et 77 % avec les deux autres protocoles, mais avec 26 à 31 patients par groupe cet écart n'est pas interprétable : il peut traduire aussi bien un effet réel que le seul hasard de la répartition. Rien ici ne justifie de modifier un protocole de service, et rien n'autorise non plus à affirmer que les trois façons de faire se valent. Il faut surtout y voir le signe qu'une question quotidienne reste sans réponse, et qu'un essai de taille suffisante serait utile.

[Article original](#)