

LA PROCALCITONINE EN REANIMATION

Alexandre Boyer, Réanimation Médicale, Groupe Hospitalier Pellegrin
Fabrice Camou, Réanimation Médicale, Groupe Hospitalier Saint-André
Antoine Dewitte, Réanimation Chirurgicale Digestive SAR II, Groupe Hospitalier Sud

1. Le dosage de la PCT pour diagnostiquer une infection ou commencer un traitement anti-infectieux en réanimation est :

inutile en cas :

- de choc septique
- d'infection cliniquement et/ou biologiquement évidente
- d'infection microbiologiquement documentée

parfois utile, de façon exceptionnelle, en cas :

- de réaction inflammatoire systémique (SIRS) associée à des signes cliniques de gravité pouvant simuler ou s'associer à une infection (pancréatite aiguë grave, cirrhose, AVC fébrile, arrêt cardiaque, suites opératoires compliquées...)
- d'immunodépression

En effet, dans ces rares situations, compte tenu de sa spécificité et de sa précocité vis-à-vis de la CRP, la PCT peut faire partie d'un faisceau d'arguments aidant l'attitude diagnostique (réalisation d'explorations complémentaires) ou thérapeutique probabiliste (introduction d'antibiotiques).

2. Si une corrélation entre la gravité d'une infection et le taux de PCT a bien été démontrée, ce taux ne saurait influencer la prise en charge individuelle des patients en réanimation.
3. La durée d'un traitement anti-infectieux en réanimation ne saurait être limitée au dosage de la PCT.

En cas d'incertitude concernant la guérison d'une infection, au-delà de 3 jours, une valeur absolue $< 0,5 \mu\text{g/l}$ ou une diminution de plus de 80% du taux peut être un élément en faveur d'un arrêt de l'antibiothérapie.

4. Dans tous les cas, la prescription de PCT doit être réfléchie, validée par un senior et rester exceptionnelle.