

Évaluation

Evaluation

SRLF 2015

© SRLF et Lavoisier SAS 2014

EP103

Influence d'une check-list sur l'incidence des événements indésirables liés au transport intrahospitalier des patients de réanimation

M Lermuzeaux¹, O Rebet¹, JL Hanouz², D Du Cheyron³

1. Anesthésie-réanimation, centre hospitalier universitaire de Caen, Caen

2. Service d'anesthésie réanimation, centre hospitalier universitaire de Caen, Caen

3. Réanimation médicale chu Caen, centre hospitalier universitaire de Caen, Caen

Introduction : Le transport intrahospitalier d'un malade de réanimation, indispensable à la prise en charge diagnostique ou thérapeutique, est un acte à haut risque. L'incidence des événements indésirables survenant au cours du transport intrahospitalier est très variable selon les études. Ces différences sont secondaires à l'hétérogénéité des définitions des événements indésirables. Les sociétés savantes ont récemment émis des recommandations. Elles définissent précisément les événements indésirables, et incitent à standardiser les pratiques de façon à sécuriser le transport intrahospitalier. Nous avons cherché à évaluer l'impact d'une check-list sur l'incidence des événements indésirables liés au transport intrahospitalier des patients de réanimation.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude prospective monocentrique de type avant/après dans les services de réanimation de notre centre hospitalier. Tous les transports intrahospitaliers des patients de réanimation ont été inclus de manière prospective sur une période de neuf mois. L'étude s'est déroulée en deux phases. Dans la première phase, le médecin transporteur complétait un questionnaire de recueil des événements indésirables survenus pendant le transport. Dans la seconde phase, il devait remplir une check-list préalable au transport, avant de compléter le même questionnaire qu'en phase 1. Cette check-list a été élaborée à partir des recommandations des sociétés savantes, et permet la vérification d'items concernant l'état clinique du patient, la disponibilité du service d'accueil, les conditions de monitoring et de ventilation, la préparation des voies d'abord et des dispositifs de drainage, et les précautions particulières liées au terrain. Les résultats sont exprimés en médiane [intervalle interquartile] et effectif (pourcentage).

Résultats : Au total, 448 transports intrahospitaliers sont inclus, dont 232 en phase 1 (133 patients) et 216 en phase 2 (135 patients). Les patients transportés en phase 1 étaient plus âgés puisque l'âge médian était de 59 ans, contre 54 ans en phase 2 ($p=0,045$). Ils avaient plus

souvent un cathéter veineux central ($p<0,001$), un capteur de pression intracrânienne ($p=0,037$), ou une dérivation ventriculaire externe ($p=0,002$). Ils étaient plus souvent sédatisés ($p=0,037$). Toutefois, nous n'avons pas mis en évidence de différence significative de l'index de gravité simplifié (IGS) entre les deux groupes. La survenue d'au moins un événement indésirable au cours du transport intrahospitalier diminue de 51 % à 27 % entre les deux phases ($p < 0,001$). Parmi les complications recueillies, le dysfonctionnement des alarmes, les pannes de batteries, la survenue d'une agitation et d'une hypertension artérielle diminuent de façon significative. Les autres événements indésirables étaient tous moins fréquents en phase 2, sans toutefois que la différence observée ne soit significative.

Tableau 1

	Phase 1	Phase 2
Dysfonctionnement des alarmes n (%)	30 (13 %)	7 (3 %)*
Panne de batterie n (%)	32 (14 %)	7 (3 %)*
Agitation n (%)	12 (5 %)	3 (1 %)*
Modification des doses de sédation n (%)	34 (15 %)	15 (7 %)*
Augmentation de la fraction inspirée en oxygène n (%)	22 (9 %)	6 (3 %)*
Hypertension artérielle n (%)	43 (18 %)	9 (4 %)*

Conclusion : La check-list améliore la mise en condition du malade de réanimation avant le transport intrahospitalier et permet ainsi de diminuer l'incidence des événements indésirables liés à ce transport.

EP104

La satisfaction des familles des patients en réanimation est-elle modifiée pendant le mois de Ramadan

H Mateur, H Sikali, O Jaoued, S Ayed, R Gharbi, N Tilouch, M Fekih Hassen, S Elatrous

Réanimation médicale, EPS Taher Sfar Mahdia, Mahdia, Tunisie

Introduction : le mois Ramadan a des répercussions sur l'état physique et psychique du cadre médical, paramédical et sur les familles des patients hospitalisés en Réanimation. L'objectif de cette étude était de déterminer l'impact du mois de Ramadan sur la compréhension et la satisfaction des familles des patients en réanimation.

Patients et Méthodes : Une enquête prospective de 1 mois a été réalisée au service de réanimation médicale. Un questionnaire était distribué aux familles de patients hospitalisés en Réanimation pendant 2 périodes : période 1 (P1) : les quinze derniers jours du mois de Ramadan 2014 et la période 2 (P2) : les 15 jours qui ont suivi le mois de Ramadan. Le questionnaire a été rempli par les visiteurs au moment

de la visite. Les données recueillies concernaient les caractéristiques organisationnelles du service, celles des patients hospitalisés et celles de chacune des personnes rendant visite à ces patients, la qualité de l'information reçue et celle de la prise en charge médicale.

Résultats : Cent membre de famille ont répondu au questionnaire (46 pendant la période P1 et 54 pendant la période P2. Durant la première période tous les visiteurs n'étaient pas célibataires contre 20 personnes (37 %) durant la période P2 ($p < 10^{-3}$). L'objectif de la visite était de recevoir des informations sur l'état de leur proche dans 78 % des cas en P1 et 81 % en P2 ($p = 0.68$), avoir plus d'information sur la maladie (70 % en P1 et 88 % en P2, $p = 0.016$) ou pour avoir plus d'information sur la gravité (21 % en P1 et 90 % en P2, $p = 0.041$). Vingt-huit visiteurs (61 %) en P1 contre 45 visiteurs (83 %) en P2 étaient satisfaits tout le temps par la qualité de prise en charge ($p = 0.011$). Le taux de satisfaction des informations qui sont apportées soit par les jeunes médecins ou par les infirmiers était similaire dans les deux périodes. Les informations apportées aux familles étaient contradictoires dans 17 % des cas en P1 et 48 % des cas en P2 ($P = 0.001$). Dans 43 % des cas en P1 et 63 % en P2 ($p = 0.05$) aucun membre de l'équipe soignante ne s'est intéressé aux visiteurs. Les durées des entretiens avec les familles étaient similaires entre les deux périodes. Quarante pourcent des visiteurs en P1 refusaient d'être appelé la nuit en cas d'événement non désirable pour le malade, contre 63 % en P2 ($p = 0.018$).

Conclusion : Durant le mois de Ramadan les visiteurs sont des personnes mariés. L'information recherchée est surtout la nature et la gravité de la maladie. La satisfaction est significativement moindre malgré une baisse significative de la fréquence des informations contradictoires apportées.

EP105

Faisabilité et intérêt du signalement informatisé des événements indésirables: expérience sur cinq ans en réanimation médicale au CHU de Rouen

V Poupinel¹, C Girault², A Marchalot¹, S Grange¹, D Carpentier¹, G Beduneau², K Guernon¹, C Fanonnel³, A Thierry⁴, V Merle⁵, F Tamion¹, G Bonmarchand²

1. Réanimation médicale, Centre Hospitalier Universitaire Rouen, Rouen
2. Réanimation médicale et upres-ea 3830 irib, Centre Hospitalier Universitaire Rouen, Rouen
3. Direction de l'informatique et des réseaux, Centre Hospitalier Universitaire Rouen, Rouen
4. Direction de la qualité et gestion des risques, Centre Hospitalier Universitaire Rouen, Rouen
5. Département d'épidémiologie et de santé publique, Centre Hospitalier Universitaire Rouen, Rouen

Introduction : La Haute Autorité de Santé (HAS) impose le signalement des événements indésirables (EI) liés aux soins et recommande une standardisation de leur méthode de déclaration. Depuis 2009, le service de Réanimation Médicale du CHU de Rouen signale les EI à partir d'une application informatique appelée ASTER (Application de Signalement et de Traitement des Événements et des Risques). Le but de cette étude a été d'évaluer la faisabilité du signalement informatisé des EI, leur incidence et leur évolution, à partir de l'expérience quotidienne du service.

Matériels et Méthodes : étude épidémiologique observationnelle rétrospective sur 5 ans (2009-2013) dans le service de Réanimation Médicale du CHU de Rouen. Les EI signalés sont: (1) les ablations accidentelles de matériel: cathéters veineux centraux (KTC) ou arté-

riels (KTA), cathlons, drains, redons, sonde naso-gastrique (SNG) ou urinaire; (2) les extubations/décanulations imprévues; (3) les complications de gestes techniques: intubations, KTC, KTA, drains. Chaque fiche de signalement détaille les circonstances de survenue de l'EI, les complications et conséquences immédiates ou secondaires. Un médecin et/ou un cadre référents valident la fiche informatique et déterminent les conséquences et gravité finales. Les résultats descriptifs ont été exprimés en médiane ou moyenne \pm écart-type, en valeur absolue ou %. Ils ont été comparés entre les années au moyen du test de Chi-2 avec correction de Yates, une valeur de $p < 0,05$ étant considérée comme statistiquement significative.

Résultats : Sur 5 ans, la médiane du nombre d'admissions et de séjours était de 951 ± 36 et 1098 ± 50 /an pour un IGS II de $42,8 \pm 1,9$. L'incidence moyenne des EI était de 11,8 % des séjours. L'EI le plus fréquent était l'ablation de matériel (5,9 % des séjours), suivi des complications de geste (4,9 %) puis des extubations/décanulations imprévues (3,4 %). L'équipe paramédicale intervenait pour 2/3 des signalements. Peu de différence intervenait entre les années étudiées pour chacun des types d'EI considérés. La distribution mensuelle médiane était de 15 EI signalés/mois avec un pic horaire global de survenue des EI se situant entre 15 et 17 heures. Les ablations accidentelles de matériel concernaient principalement la sonde naso-gastrique (235 sur 5 ans) suivi du cathlon périphérique (54 sur 5 ans). Elles étaient le fait du patient dans 80 % des cas alors qu'il était le plus souvent non ventilé (60 %) et attaché (80 %). Les extubations/décanulations étaient majoritairement « actives et volontaires » par le patient (85 %), le plus souvent en contexte de sevrage (54 %) et chez un patient attaché (87 %). 20 % des extubations/décanulations ont conduit à une réintubation. La pose de cathéter veineux central était la complication de geste la plus fréquente (43 %), à type de ponction artérielle et/ou d'hématome (52 %). Pour l'ensemble des EI et de la période d'étude, la gravité finale a été considérée comme « modérée » à « majeure » dans respectivement 14 % et 9 % des cas.

Discussion : Sous réserve de l'exhaustivité de la déclaration volontaire qui ne peut être formelle, cette étude longitudinale démontre la faisabilité, la simplicité, la pérennité et la performance du signalement informatisé des EI en milieu de réanimation. Elle suggère également une bonne adhésion de l'équipe à ce programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Notre étude confirme par ailleurs l'incidence élevée des EI (> 10 % des séjours) en réanimation qui doit distinguer des EI fréquents et peu graves et des EI peu fréquents mais potentiellement graves, ainsi que des EI évitables et non évitables. Ces données ont contribué à mettre en place un certain nombre d'actions d'amélioration dans la prise en charge des patients et au développement d'une certaine « culture sécuritaire » au sein du service et à l'échelon de notre pôle d'activité.

Conclusion : Le signalement informatisé apparaît donc susceptible d'améliorer la qualité, l'exhaustivité, le suivi et la gestion des EI en réanimation.

EP106

Évaluation du sommeil chez le personnel de réanimation et soins intensifs

F Dachraoui, M Marzouk, MA Bouriga, R Jabla, R Bouzgarrou, S Ben Abdallah, I Ouanes, M Boussadia, H Ghezaiel, M Dghim, L Ouanes-Besbes, F Abroug
Réanimation polyvalente, CHU Fattouma Bourguiba, Monastir, Tunisie

Introduction : L'exercice médical en réanimation et soins intensifs est caractérisé par des plages horaires assez longues, une charge de travail

élevée, un stress et la survenue plus fréquente de conflits conduisant à l'épuisement professionnel [1]. Ceci est à l'origine de la perte du bien-être psychologique et probablement d'une perturbation du sommeil pouvant conduire à une détérioration de la performance au travail dans ces unités.

Objectif : décrire la prévalence des perturbations du sommeil chez le personnel exerçant dans les services de réanimation et soins intensifs.

Matériels et Méthodes : étude prospective réalisée entre le 15 août 2014 et le 16 septembre 2014, utilisant un questionnaire distribué aux équipes médicales et paramédicales de 5 unités de réanimation et soins intensifs du CHU Fattouma Bourguiba, Monastir, Tunisie. La qualité du sommeil a été évaluée sur la base du score de Pittsburgh (19 questions d'auto-évaluation se combinent pour donner 7 « composantes » du score global, chaque composante recevant un score de 0 à 3, un score de 0 indique qu'il n'y a aucune difficulté tandis qu'un score de 3 indique l'existence de difficultés sévères. Les 7 composantes du score s'additionnent pour donner un score global allant de 0 à 21 points, 0 voulant dire qu'il n'y a aucune difficulté, et 21 indiquant au contraire des difficultés majeures; une mauvaise qualité de sommeil est retenue si le score est strictement supérieur à 5 [2]), et la somnolence par l'échelle d'Epworth (8 items cotés de 0 à 3, score total allant de 0 à 21; score < 8: pas de dette de sommeil, entre 9 et 14: déficit de sommeil, score > 15: somnolence diurne excessive[2]).

Résultats : Le questionnaire a été rempli par 80 participants dont 89 % (71) étaient des médecins, 38 d'entre eux étaient de sexe masculin. 43,2 % (35) des personnes interrogées étaient âgées entre 26-30 ans et 35 % (28) étaient âgées de moins de 25 ans. La médiane du nombre d'heure de travail hebdomadaire était de 72 heures (25-100, IQR = 18). La durée de sommeil nocturne était estimée inférieure à 6 h chez la moitié des personnes interrogées (41). La qualité du sommeil était jugée « assez mauvaise » et « très mauvaise » respectivement par 35 % et 11,3 % du personnel ayant répondu au questionnaire, à l'opposé 4 personnes, seulement, ont estimé que la qualité de leur sommeil était « très bonne ». 9 % du personnel ont rapporté l'usage d'un médicament somnifère. 45 % ont signalé des difficultés d'endormissement (latence du sommeil > 30 mn). La médiane du score de Pittsburgh était de 7 (2-17; IQR=4). Près des ¾ du personnel présentait un sommeil inadéquat (Score de Pittsburgh ≥ 6). Le score d'Epworth médian était de 9 (0-20; IQR=7). 40 % et 14 % du personnel présentaient respectivement un déficit de sommeil et une somnolence diurne excessive.

Conclusion : Notre enquête sur l'évaluation du sommeil du personnel de réanimation et soins intensifs a révélé que plus de la moitié d'entre eux présentaient un sommeil de mauvaise qualité, insuffisamment long (< 6 h) et une somnolence diurne.

Références

1. Azoulay E et al. Prevalence and factors of intensive care unit conflicts: The Conflicus study. *Am J Respir Crit Care Med* 2009; 180:853-x60.
2. Devine EB, Hakim Z, Green J. A systematic review of patient-reported outcome instruments measuring sleep dysfunction in adults. *Pharmacoeconomics* 2005;23:889-912.

EP107

Importance des conditions pré-analytiques des analyses biologiques issues des automates délocalisés en réanimation

A Auvet¹, F Espitalier², L Grammatico-Guillon³, S Ehrmann¹, C Gendrot⁴, MA Nay¹, D Elaroussi², M Laffon², PF Dequin¹, A Guillon¹

1. Réanimation polyvalente, CHRU hôpitaux de Tours, Tours

2. Département d'anesthésie réanimation, CHRU hôpitaux de Tours, Tours

3. Service d'information médicale, épidémiologie et économie de la santé, CHRU hôpitaux de Tours, Tours

4. Laboratoire de biochimie, CHRU hôpitaux de Tours, Tours

Introduction : Les automates de biologie délocalisée, Point of care testing (POCT), permettent une analyse des prélèvements sanguins au lit du malade avec une obtention rapide des résultats, alors que l'analyse au laboratoire impose un délai incompressible d'acheminement, d'analyse du prélèvement et de récupération des résultats. Les automates de gazométrie POCT permettent également l'analyse des paramètres biologiques de natrémie (Na), kaliémie (K) et hémoglobininémie (Hb). L'utilisation des automates POCT par des personnels soignants formés mais peu habitués aux impératifs d'analyses biologiques peut altérer la précision du résultat final. Les objectifs de ce travail étaient : (1) de définir les conditions pré-analytiques optimales compatibles avec l'activité de services de réanimation ; (2) évaluer l'impact sur la pratique de soin des résultats fournis pour Na, K et Hb.

Matériels et Méthodes : Étude prospective dans 3 services équipés d'un automate de POCT (ABL 800[®] Radiometer), en 4 phases successives.

Phase 1 : Analyse de concordance des résultats POCT du bloc opératoire de chirurgie cardiaque (Bloc) avec ceux du laboratoire (Labo). Les conditions pré-analytiques du Bloc étaient considérées comme idéales (1 lit, 1 automate POCT, pour 2 soignants). Les analyses de concordance du Bloc ont été utilisées comme contrôle positif.

Phase 2 : Analyse de concordance Labo - POCT dans 2 services de réanimation : un service polyvalent de 37 lits (Large-ICU) et un service spécialisée de 10 lits (Small-ICU). Les concordances de chaque paramètre ont été comparées à celles de la Phase 1.

Phase 3 : Démarche qualité dans Large-ICU pour approcher les conditions pré-analytiques du bloc : mise en place de seringues avec agitateur automatisé et sensibilisation des intervenants pour une diminution des délais d'analyse. Réalisation d'une nouvelle série d'analyse de concordance.

Phase 4 : Recueil prospectif de décisions médicales prises à partir de POCT (Na, K et Hb) dans Large-ICU.

La comparaison des valeurs est issue de la représentation de Bland et Altman obtenue avec: Labo - POCT et exprimée par le biais [limite de concordance inférieure ; limite de concordance supérieure]. Résultats exprimés en médiane [IQR].

Résultats : Phase 1 (N=53): Dans les conditions du Bloc, les résultats POCT sont concordants avec ceux du Labo (Biais : Na= 0 [-3;3] mmol.L-1, K= 0 [-0,1;0,4] mmol.L-1, Hb= -3 [-6;1] g.L-1) et obtenus plus rapidement (délai POCT= 2 [2;2] min, délai Labo= 82 [58;130] min).

Phase 2 (N=438): Les limites de concordance étaient acceptables dans des conditions de pratique de Small-ICU, mais ne l'étaient pas pour Hb dans Large-ICU (Biais Hb= -19 [-64;27] g.L-1, délai POCT= 24 [13;38] min).

Phase 3 (N=276): La démarche qualité a permis d'optimiser les conditions pré-analytiques et d'améliorer la concordance Labo-POCT de Hb (Biais Hb= -2 [-10;5] g.L-1, délai POCT= 15 [5;29] min). Les limites de concordances pour Na et K étaient comparables aux analyses de bloc (Biais : Na= 1 [-2;4] mmol.L-1, K= 0,1 [-0,3;0,5] mmol.L-1).

Phase 4 : Sur 15 semaines d'études, 129 prélèvements POCT ont eu comme intérêt Na, K et Hb. 8 transfusions, 19 traitements d'hyperkaliémie, 22 traitements d'hypokaliémie, 23 contrôles de thérapeutique ont été décidés en urgence à partir de POCT. Le délai entre le prélèvement et la décision médicale était de 15 [7;30] min.

Conclusion : Les analyses de biologie en POCT permettent d'apporter une information pertinente et rapide au lit du malade, à condition d'avoir une gestion des conditions pré analytiques rigoureuse et adaptée aux structures de soins.

EP108

Communication entre médecins traitants et réanimateurs : état des lieux et perspectives

T Brehonnet, B Pons, G Thiery

Réanimation - Grands Brûlés, CHU Pointe à Pitre - Abymes, Pointe à Pitre

Introduction : Malgré un rôle fondamental dans le processus de soin, l'intégration des médecins généralistes au sein de la prise en charge en réanimation reste extrêmement limitée. La communication entre médecins généralistes et réanimateurs est et reste pauvre malgré des axes d'amélioration connus et étudiés [1,2]. En tant que centre référent départemental, nous avons mené une étude de satisfaction des médecins traitants dans leur relation avec le service.

Matériels et Méthodes : Dans cette étude observationnelle, prospective, monocentrique, un questionnaire anonyme portant sur une évaluation de la qualité de la communication entre médecins traitants et le service était adressé à chaque médecin référent des patients admis entre le 1^{er} décembre 2013 et le 1^{er} mars 2014. Le questionnaire était adressé un mois après le décès ou la sortie du patient du service, et ce indépendamment de la date d'envoi du compte rendu d'hospitalisation. Le questionnaire comprenait une première partie sur les caractéristiques démographiques médicales, une seconde sur l'évaluation du compte rendu et une dernière sur l'évaluation de la pertinence de sources d'amélioration potentielles de la communication. Les résultats sont exprimés en médiane [quartiles] pour les données quantitatives et en nombre (n) et pourcentage (%) pour les données qualitatives.

Résultats : Au cours de la période d'inclusion de 3 mois, 315 admissions ont été réalisées dans le service. Après exclusion des dossiers considérés comme non conformes (absence de médecin référent, identité erronée...), 242 comptes rendus ont été évalués par 155 médecins traitants. Le taux de réponse était de 31 %. Parmi les répondants, 75 % étaient des hommes et 65 % d'entre eux avaient moins de 45 ans. Près de 80 % des comptes rendus avaient été reçus lors de la réception du questionnaire dont près de la moitié (49 %) dans les 7 jours suivant la sortie ou le décès du patient. Les renseignements administratifs ou médicaux étaient rarement rapportés comme manquants. Concernant les axes d'amélioration potentiels, la majorité considérait comme important un contact téléphonique au premier jour d'hospitalisation (63 %), un contact téléphonique régulier (53 %), en cas de discussion éthique (65 %), en cas de mise en place d'une hospitalisation à domicile (63 %) et en cas de difficultés rencontrées avec les proches du patient (58 %). Enfin le contact téléphonique en cas de décès du patient en service de réanimation était considéré comme important ou crucial pour 93 % des répondants. En cas d'optimisation de la communication, 95 % des médecins pensaient pouvoir améliorer l'information faite à la famille et 86 % la gestion des proches et de l'entourage. La note médiane de satisfaction était de 60 [40-75]. Trois facteurs étaient associés à une note inférieure ou égale à 40/100 : le sexe, la réception du compte rendu ainsi que le délai de réception de celui-ci.

Discussion : Au travers de ce travail, nous avons souhaité évaluer le degré de satisfaction des médecins traitants du département vis-à-vis de leur communication avec le service. La note médiane de satisfaction était de 60/100 avec 28 % des praticiens interrogés considérés comme insatisfaits. Bien que préoccupants, ces résultats semblent assez proches des données disponibles dans d'autres régions. Outre un appel

téléphonique systématique dès l'admission ou le décès du patient, la majorité des répondants plaident pour un contact téléphonique régulier, et plus particulièrement en cas de décision éthique, de projet de retour à domicile, de décès ou de difficultés rencontrées avec l'entourage. Ces observations font écho aux données actuellement disponibles et renforcent le concept d'intégration des médecins traitants dans le service de réanimation [2]. Cependant, compte tenu de sa nature et d'un taux de réponse médiocre, nos résultats sont à interpréter avec précaution. D'autre part, avec près de 23 % de dossiers considérés non conformes, un large biais de sélection est possible. Enfin, une modification des pratiques a pu être occasionnée compte tenu de l'information des médecins du service de la réalisation de ce travail.

Conclusion : Cette étude objective une insatisfaction de près d'un tiers des médecins traitants de la région dans leur relation avec notre service. Outre ce triste constat, une optimisation de nos pratiques semble envisageable avec des mesures simples et facilement réalisables en pratique courante. De tels résultats restent cependant hypothétiques et feront l'objet d'une étude prospective ultérieure au sein de notre service.

Références

1. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and Information Transfer Between Hospital-Based and Primary Care Physicians. *JAMA* 2007;297:831.
2. Etesse B, Jaber S, Mura T, Leone M, Constantin JM, Michelet P, et al. How the relationships between general practitioners and intensivists can be improved: the general practitioners' point of view. *Crit Care* 2010;14:R112.

EP109

Validation d'un nouveau score de gravité de l'état de choc: étude prospective à propos de 100 cas

I Chouchene, RR. Bouneb, AA. Kheder, S Bouchoucha

Réanimation médicale, CHU Farhat Hached, Sousse, Tunisie

Introduction : Les insuffisances circulatoires aiguës, l'une des défaillances vitales les plus fréquentes et les plus graves en soins intensifs, ne disposent pas encore d'échelle de gravité validée, permettant notamment de monitorer leur évolution sous traitement ou prédire leur pronostic.

Le présent travail propose un score de gravité clinique susceptible de répondre à ces objectifs. Ses performances sont comparées à celles d'autres scores, globaux (SAPSII) ou spécifiques (shock index et Advanced Trauma Life Support : ATLS) et à la lactacidémie.

Patients et Méthodes : L'étude de type prospectif est menée par un enquêteur unique au niveau de 5 services d'urgences et de réanimation du centre du pays (Réanimations médicales CHU Farhat Hached Sousse et CHU Kairouan, Urgences des CHU Farhat Hached et Sahloul à Sousse, et F. Bourguiba à Monastir) durant une période de 16 mois (Août 2012-Novembre 2013).

100 patients en état de choc ont ainsi été recrutés durant cette période ; chez chacun d'eux, ont été relevés les paramètres démographiques, les comorbidités, le mécanisme, l'étiologie et l'évolution de l'état de choc (Survie et décès). Ont été de même calculés de manière simultanée chez tous les patients, le SAPSII, le nouveau Score (Tableau 1) et le shock index. Chez 20 parmi les 100 patients a été également calculé l'ATLS et mesuré la lactacidémie. La performance de chacun des indicateurs (nouveau score, SAPSII, shock index, ATLS et la lactacidémie) à prédire le décès des patients, ont été évaluées et comparées par courbe de ROC et la concordance interobservateurs (stagiaires internes, résidents et séniors) évaluée par le test kappa ($p < 0.05$)

Tableau 1 Nouveau score de gravité des états de choc

Grades	Pression artérielle	Peau	Signes Neurologiques
Grade I	Normale ou élevée	Froider +	Angoisse
Grade II	Diminuée+	Froider ++	Agitation
Grade III	Diminuée++	Marbrures	Troubles de la conscience
Grade IV	Arrêt cardiocirculatoire		

Résultats : Le Tableau 2 compare l'aire sous la courbe ROC obtenu pour chaque indicateur et le Tableau 3, le test Kappa pour le nouveau score et l'ATLS

Tableau 2

Scores	Aire ROC	Cut off	Sensibilité	Spécificité
Nouveau score	0.846	-	-	-
ATLS	0.64	-	-	-
Shock index	0.79	1.47	87 %	67 %
SAPS II	0.843	50	85 %	75 %
Lactacidémie	0.85	3.9	81 %	89 %

Tableau 3

Kappa	Interne	Résident
Nouveau score: Sénior	0.82	0.89
Score ATLS: Sénior	0.77	0.68

p<0.05

Le score proposé révèle une meilleure aptitude à prédire le décès des patients que les autres scores spécifiques (shock index et ATLS).

Ses performances sont comparables à celles du SAPS II et de la lactacidémie mais ont l'avantage d'une évaluation strictement clinique et accessible à tous les niveaux de compétences permettant de manière rapide et aisée non seulement de monitorer l'évolution de l'état de choc mais d'en faire également le diagnostic précoce.

Conclusion : Le nouveau score clinique d'évaluation de la gravité des états de choc présente des avantages indéniables (simplicité, rapidité...) par rapport aux autres indicateurs utilisés et mérite une validation à plus large échelle.

EP110

Scores APACHE II, SAPS II ET SOFA vs score SLEDAI : critères d'évolutivité et de gravité du lupus en milieu de réanimation

I Malajati, H Ezzouine, A Benslama
Anesthesiology and intensive care department, University teaching hospital IBN Rushd-Casablanca, Casablanca, Maroc

Introduction : Le lupus érythémateux est une maladie systémique qui se caractérise par son évolutivité et son polymorphisme clinique. Son

expression clinique et son évolution peuvent engager le pronostic vital et de ce fait peut motiver une admission en réanimation. L'objectif de notre travail est d'évaluer les scores de gravité de réanimation (SAPS II, APACHE II et SOFA) et le score d'activité du lupus SLEDAI chez les patients lupiques admis en réanimation ainsi que de définir leur profil épidémiologique, clinique et évolutif.

Patients et Méthodes : C'est une étude rétrospective descriptive étalée sur une période de 4 ans (2010-2014) menée dans le service de réanimation médicale du CHU Ibn Rochd à Casablanca au Maroc. Ont été inclus tous les patients atteints du lupus admis dans notre unité pendant cette période. Nous avons recueilli les données démographiques des patients, leur motif d'admission en réanimation, les scores Glasgow, APACHE II IGS II SOFA et le SLEDAI ont été évalués à l'admission ainsi que le devenir des patients en termes de survie. L'analyse statistique a été faite par le logiciel SPSS 17.

Résultats : Nous avons colligé 25 patients durant la période de l'étude, 86,4 % étaient de sexe féminin et 13,6 % de sexe masculin, l'âge moyen était à 31,5±9,41 ans, les motifs d'admission en réanimation étaient une détresse neurologique (40,9 % des cas), une détresse respiratoire (36,4 %), un syndrome infectieux sévère (11,4 %), des troubles hydro-électrolytiques graves à type de dynatrémies ou dyskaliémies sévères (6,8 %) et la pancréatite aiguë (4,5 %). Les scores de gravité à l'admission étaient respectivement : score de Glasgow 11,95±3,38, APACHE II 12,59±6,63, IGS II 37,23±15,9 et SOFA 5,09 ±3,44, le score d'activité de la maladie lupique SLEDAI à l'admission était à 15,68 ±6,01. La durée de séjour moyenne était à 6,46 jours (extrêmes : 1 – 56 jours). La mortalité était à 77,3 % essentiellement par choc septique. L'analyse statistique a montré une forte corrélation entre les scores de SOFA (p <0,01) et APACHE II (p <0,01) et le devenir des malades tandis que le score de SLEDAI n'était pas corrélé au pronostic global des patients.

Conclusion : Le lupus érythémateux peut être un motif d'admission en réanimation du fait des défaillances multiviscérales engendrées, des complications infectieuses ou métaboliques. Les scores de gravité spécifiques de réanimation sont clinico-biologiques et sont de ce fait plus pertinents que le score SLEDAI pour prédire l'évolution globale des patients lupiques admis en réanimation

EP141

Rendement diagnostique et sécurité de la tomographie en réanimation

M Aliaga, J Forel, C Guervilly, M Adda, A Roch, L Papazian
Réanimation Dris, Hôpital Nord APHM, Marseille

Introduction : Les patients de réanimation nécessitent régulièrement de procédures diagnostiques comme la tomographie (TDM). Des événements indésirables (EI) peuvent survenir lors du transport intra hospitalier (TIH). Le but de cette étude est de déterminer le rendement diagnostique et thérapeutique de la procédure de TDM en réanimation, ainsi que sa sécurité.

Patients et Méthodes : Tous les patients ayant une TDM à but diagnostique étaient éligibles. Le rendement diagnostique était évalué par le degré d'accord entre l'hypothèse diagnostique principale avant la TDM et le diagnostic finalement établi après la TDM ; classé en accord total, accord partiel ou désaccord. Le rendement thérapeutique était évalué les changements thérapeutiques effectifs après la TDM. La sécurité de la procédure était déterminée par le taux d'EI et son association avec l'équipement du patient et sa sévérité.

Résultats : 533 procédures de TDM ont été réalisées chez 359 patients dans 3 réanimations de CHU. La TDM contribuait au diagnostic en apportant un désaccord (53.7 %), un accord partiel (5.6 %) et un accord total (40.7 %) avec l'hypothèse diagnostique formulée avec la TDM. La TDM a apporté des éléments nouveaux au diagnostic dans 22.9 % des cas. Il y a eu un changement thérapeutique dans 54.4 % des cas. Des EI sont survenus lors de 22.1 % des TIH, dont 6.7 % ont été consi-

dérés menaçant pour le pronostic vital. Lorsque le TIH était réalisé dans les 48 premières heures après l'admission en réanimation, il y avait un taux d'EI plus important.

Conclusion : La TDM en tant que procédure diagnostique invalidait une hypothèse et entraînait un changement thérapeutique dans plus de la moitié des cas. Le TIH reste une période à risque d'incidents.