

Une consultation après la réanimation ?

Outpatient appointment after intensive care?

© SRLF et Springer-Verlag France 2011

SOE005

Consultation postréanimation :

organisation, résultats et impact attendu

R. Hamidfar-Roy¹, A. Bonadona¹, C. Schwebel¹, C. Minet¹,
C. Ara Somohano¹, Y. Dubois¹, A. Tabah¹, E. Guillaume¹,
S. Anselme², J.-F. Timsit¹

¹Service de réanimation médicale, CHU de Grenoble, Grenoble, France

²Inserm U823, institut Albert-Boniot, Grenoble, France

Objectif : Évaluation de la qualité de vie (QV) et des conséquences d'une défaillance multiviscérale à distance d'un séjour en réanimation. Amélioration de la QV des patients et de la qualité des soins par le retour de l'information.

Patients et méthodes : Du 1^{er} janvier 2007 au 30 juillet 2010, les patients ayant une ventilation invasive supérieure à 48 heures et au moins une autre défaillance d'organe sont convoqués pour une consultation postréanimation, trois mois après un séjour en réanimation médicale au CHU de Grenoble. Les patients psychiatriques sévères, grabataires, ceux habitant loin du centre et ceux dont le décès était prévisible à court terme ne sont pas convoqués. Lors de cette consultation, ils sont examinés par un médecin de l'équipe. Un cliché pulmonaire et des EFR sont réalisés. La QV est évaluée par le questionnaire SF36. Selon les anomalies retrouvées, un suivi spécialisé ou d'autres examens complémentaires sont programmés.

Résultats : Deux cent trente patients ont reçu une convocation, 133 (58 %) sont revus, en moyenne 106 jours après la réanimation ; 18 sont encore hospitalisés lors de la consultation. Les caractéristiques des patients sont les suivantes (médiane [Q1–Q3]) : femme, 41 % ; âge, 60 ans (48–69) ; SAPS, 49 (37–61) ; durée de séjour en réanimation, 14 jours (9–27) ; durée de ventilation, neuf jours (6–17) ; durée de sédation, sept jours (4–5). Les patients présents en consultation ne sont pas différents de ceux qui étaient convoqués mais absents, sauf pour les données suivantes : le nombre de pneumothorax, le SOFA max, le SOFA rénal et coagulation, le SAPS II et le nombre de jours d'épuration extrarénale sont significativement plus élevés chez les absents. Soixante-deux patients exerçaient une activité professionnelle avant la réanimation, 29 étaient en invalidité, 36 retraités et six sans emploi. Seulement, 12 ont repris leur activité à trois mois. La QV est estimée bonne, très bonne ou excellente pour 92 patients (69,2 %). La QV comparée à l'année précédente est considérée réduite pour 74 patients (56 %) et identique ou améliorée pour 59 (44 %). Les items évalués par le SF36 sont en général diminués, mais cela est particulièrement marqué pour la limitation liée à l'état physique. Cette limitation est significativement plus importante chez les sujets de plus de 60 ans. Soixante et onze patients (53,4 %) gardent des souvenirs de la réanimation. À trois mois, 76 % des patients présentent une gêne physique ou psychique. La fatigabilité est le plus souvent retrouvée (52 %). Il existe chez 73 patients (55 %) des séquelles, notamment des déficits et des douleurs pouvant être liés au positionnement en réanimation, des

séquelles ORL et d'autres anomalies pour certaines évitables. Les EFR sont normales chez 33 % des sujets alors que seulement 20,3 % présentent une dyspnée. À l'issue de la consultation, 53 patients nécessitent un suivi spécialisé ou des examens complémentaires en rapport avec une pathologie sous-évaluée.

Conclusion : La consultation postréanimation n'est pas réalisée en routine. Elle permet de détecter et de traiter les séquelles liées aux soins et à la défaillance multiviscérale, parfois méconnues ou sous-évaluées. Le retour des informations à l'ensemble de l'équipe soignante peut permettre d'améliorer la qualité des soins au quotidien.

SOE006

Consultation postréanimation : évaluation sur 16 mois dans un service de réanimation polyvalente

A. Lagrange, H. Mentec, M. Thirion, J. Danis, G. Mourissoux,
O. Pajot, G. Plantefève

¹Service de réanimation polyvalente,
centre hospitalier Victor-Dupouy, Argenteuil, France

Introduction : L'augmentation de la survie des patients en réanimation est un objectif essentiel mais non suffisant. S'intéresser au ressenti des patients lors de leur séjour et à leur qualité de vie à distance devient incontournable. De plus en plus de consultations postréanimation sont organisées dans ce but. Après 16 mois de cette pratique, nous avons évalué l'intérêt des consultations postréanimation systématiques trois mois après le séjour.

Patients et méthodes : Étude prospective monocentrique. Tous les patients admis du 1^{er} janvier 2009 au 1^{er} mai 2010 et restés plus de deux nuits, ont été contactés, d'abord par courrier seulement puis par téléphone, pour leur proposer une consultation avec un médecin réanimateur trois mois après leur sortie du service.

Résultats : Parmi les 773 patients admis pendant la période d'étude, 575 sont sortis vivants de réanimation dont 275 étaient restés plus de deux nuits. Le décès dans les trois mois suivant la sortie de réanimation a été connu pour 32 patients. Deux cent quarante-trois patients étaient donc convocables, mais seuls 61 patients (25 % des convocables, 8 % des admis) sont venus en consultation. Il s'agissait de 39 hommes et de 22 femmes, d'âge médian 57 ans. À l'admission en réanimation, leur IGS II médian était à 36 et leur SOFA médian à 5, non différents de ceux des patients non venus. Leur durée médiane de séjour avait été de six jours, plus longue que celle des patients non venus (quatre jours, $p < 0,01$). Par rapport à l'état avant la réanimation, l'indice de Karnofsky baissait à trois mois (90 vs 75, $p < 0,001$). Trente-huit patients (62 %) étaient autonomes. Sept sur 18 travailleurs (39 %) avaient repris une activité professionnelle. Cinquante-neuf patients avaient 176 symptômes ou signes physiques séquellaires. Trente-trois patients (54 %) avaient des troubles du sommeil, 25 (41 %) des douleurs séquellaires, mais avec une EVA basse (18 [0–32]). L'EVA qualité de vie était de 55 [40–83].

Cinquante-trois (87 %) patients gardaient des souvenirs de leur séjour en réanimation (hallucinations 15, cauchemars 11, angoisse 19, soins douloureux 22). Neuf patients (16 %) avaient un état anxieux certain, cinq (9 %) un état dépressif certain (questionnaire HADS) et dix (18 %) un syndrome de stress post-traumatique probable (questionnaire PTSS-10). Quand le patient signalait une angoisse séquellaire, les scores HADS et PTSS-10 étaient plus élevés (9 vs 5, $p = 0,03$; 8 vs 3, $p = 0,04$; 35 vs 19, $p < 0,01$). Un pansement a été refait, sept ordonnances rédigées. Dix-neuf patients (31 %) ont été adressés à une consultation spécialisée. Aucun des huit patients auxquels une consultation de psychiatrie a été proposée ne s'y est rendu. Trente-deux patients ont souhaité revoir le service de réanimation. Cinquante-deux patients (85 %) étaient satisfaits de cette consultation post-réanimation.

Conclusion : Une consultation post-réanimation s'est avérée très lourde à organiser, et seuls 25 % de patients y ont participé. Si l'un des intérêts principaux de cette consultation est de dépister des séquelles, et en particulier psychologiques, aucun des patients adressés en psychiatrie ne s'y est rendu. Cependant, chaque souvenir désagréable ou complication dépistée nous a incités à modifier nos pratiques. Néanmoins, le coût en temps de personnel nous semble excessif par rapport à ces bénéfices pour poursuivre ces consultations systématiques. En revanche, une lettre d'information sera adressée au patient et à son médecin référent, laissant la possibilité d'une consultation post-réanimation à la demande et incitant à prendre en charge une angoisse séquellaire.

SOE007

Consultation post-réanimation après chirurgie cardiaque compliquée : expérience préliminaire

P. Bizouarn, J. Nicolet, F. Bouvet, A. Boxus, A. Gaborieau
¹Service d'anesthésie-réanimation, CHU de Nantes, hôpital Guillaum-et-René-Laënnec, Nantes, France

Introduction : Une consultation post-réanimation (CPR) pourrait permettre d'évaluer l'impact d'un séjour prolongé en réanimation sur la qualité de vie des patients, d'améliorer leur prise en charge en réanimation et à distance [1]. Le but de ce travail était d'évaluer l'intérêt d'une CPR un an après un séjour prolongé en réanimation postopératoire de chirurgie cardiaque.

Patients et méthodes : Tous les patients (greffes exclues) ayant séjourné plus de 15 jours en réanimation de chirurgie cardiaque et sortis vivants du service ont été contactés à un an. Après avoir reçu par courrier un questionnaire portant sur l'information reçue avant chirurgie, le ressenti de leur séjour en réanimation, leur état de santé actuel et leur qualité de vie (échelle EQ-5D), une CPR avec un des réanimateurs dédiés associés à la psychologue du service a été organisée (durée une heure) au sein des consultations groupées de l'hôpital. Le patient et ses proches s'exprimaient librement sur sa vie actuelle et son séjour en réanimation, puis le questionnaire était commenté.

Résultats : La consultation a débuté en janvier 2009. Soixante et onze patients ont séjourné plus de 15 jours entre janvier 2008 et juillet 2009 ; onze patients sont décédés dans l'année suivant le séjour, neuf patients ont été perdus de vue et 14 patients n'ont pu ou voulu venir à la CPR. Ainsî, 37 patients (31 hommes ; âge médian 70 ans [44 à 87 ans] ; sept chirurgies urgentes) ont pu être vues en moyenne 14 mois après la date de la chirurgie (de 11 à 18 mois). La durée médiane de séjour était de 30 jours (de 15 à 60 jours). Quatorze patients se sont souvenus d'avoir été informés sur les complications possibles, six patients sur la possibilité d'un séjour prolongé en réanimation, alors que 28 patients n'éprouvèrent aucun regret à avoir accepté la chirurgie (sept patients ont précisé qu'ils n'avaient pas le choix de se faire opérer, neuf patients hésiteraient à accepter à nouveau). Les souvenirs de la réanimation furent partiels pour

19 patients (dix patients ont présenté des hallucinations ou des expériences corporelles anormales). Cinq patients se souviennent d'avoir rencontré la psychologue, 13 patients auraient aimé la rencontrer. Six patients ont mal vécu la sortie de réanimation, du fait en particulier du manque d'autonomie. L'état de santé globale a été jugé bon ou assez bon pour 19 patients, moins bon qu'avant la chirurgie chez 19 patients, 22 patients se disant gênés dans leur vie (activité quotidienne, fatigabilité et autonomie). Dix patients éprouvaient une douleur morale un an après le séjour (par perte d'autonomie, incapacité à retravailler, sentiment d'inutilité, tristesse sans explication). Le score médian aux cinq dimensions de l'EQ-5D était de 7 (de 5 à 14), l'EVA médiane de 75 (de 40 à 100). Tous les patients se dirent satisfaits de cette consultation.

Discussion : Ce travail a montré qu'une CPR après chirurgie cardiaque compliquée était possible mais nécessitait une organisation spécifique.

Conclusion : Une CPR après chirurgie cardiaque compliquée permettrait de réfléchir à nouveau sur les difficultés d'information préopératoire et la prise en charge à la sortie de réanimation parfois mal vécue par les patients. La présence d'un psychologue permettrait de détecter des troubles psychiques, souvent mal pris en compte dans le suivi [2], et de repérer la douleur morale évoquée par les patients malgré une atteinte physique modérée.

Références

1. Broomhead LR, Brett SJ (2002) Clinical review: Intensive care follow-up--what has it told us? *Crit Care* 6(5):411-7
2. Maddox M, Dunn SV, Pretty LE (2001) Psychosocial recovery following ICU: experiences and influences upon discharge to the community. *Intensive Crit Care Nurs* 17:6-15

SOE008

La consultation post-réanimation est elle bénéfique ?

A. Meghenem¹, C. Charpentier¹, J. Garric¹, P. Welfringer¹, P.-L. Nguyen², G. Audibert¹, P.-M. Mertès¹

¹Service de réanimation chirurgicale, CHU de Nancy, hôpital central, Nancy, France

²Service d'épidémiologie et d'évaluation clinique, CHU, Nancy, France

Introduction : Les consultations post-réanimation (CPR) tendent à se développer, mais leur intérêt est controversé et leur mise en place n'est pas toujours facile [1,2]. Le but de cette étude était de rapporter l'expérience de cinq ans de fonctionnement d'une CPR et d'évaluer le bénéfice apporté au patient.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude de cohorte prospective pendant une période de cinq ans de fonctionnement d'une CPR. Les patients, hospitalisés plus de 48 heures dans une réanimation chirurgicale de 12 lits, étaient convoqués en CPR, six mois après leur sortie. La CPR avait lieu un après-midi par semaine et était guidée par un cahier de recueil de données. Étaient suivis : le souvenir du séjour, sa perception, les complications, les traitements et le devenir. Les patients étaient interrogés sur leur avis favorable ou non à la CPR (cinq niveaux). Le bénéfice apporté au patient par la CPR comprenait : 1) le bénéfice ressenti défini comme positif en cas de mauvais souvenir du séjour ou d'absence de souvenir associé à un avis favorable sur la CPR ; 2) le bénéfice médical, positif en cas d'acte diagnostique ou thérapeutique lors de la CPR. Les facteurs associés à la venue en CPR et au bénéfice étaient analysés par régression logistique.

Résultats : Toutes les CPR ont eu lieu sans contrainte médicale organisationnelle. Mille deux cent soixante-treize patients ont été convoqués en CPR en cinq ans, soit 51,9 % de la population hospitalisée. Sept cent soixante-dix patients se sont présentés en CPR. Les facteurs prédictifs indépendants de non-venue en CPR étaient l'âge, supérieur à 50 ans, le Glasgow Outcome Scale inférieur à 4 à la sortie de réanimation, la réalisation d'une trachéotomie en réanimation et le motif médical d'admission (versus chirurgical). La consultation a été considérée

comme bénéfique pour 78,7 % des patients répartis en 23,1 % de bénéfice médical, en 22,3 % de bénéfice ressenti et en 33,2 % de bénéfice mixte. Les actes médicaux étaient 128 consultations spécialisées, 304 bilans posttransfusionnels, 36 ECG, 35 EFR, 49 bilans sanguins divers, 22 modifications thérapeutiques et 43 divers. Le bénéfice médical de la CPR était plus important si les patients avaient été transfusés en réanimation (OR = 6,2 [4,4–8,6]) ou s'ils avaient fait une pneumopathie (OR = 2,2 [1,4–3,2]). Le bénéfice ressenti était plus marqué si les patients avaient eu une sédation en réanimation (OR = 1,7 [1,3–2,3]), indépendamment du médecin pratiquant la CPR.

Discussion : Le nombre élevé d'actes médicaux effectués en CPR traduit la carence de suivi posttransfusionnel et spécialisé et témoigne de l'intérêt de la CPR. Le ressenti bénéfique par le patient renforce ce résultat et s'inscrit dans la lutte contre les faux souvenirs.

Conclusion : L'analyse de cinq ans de fonctionnement d'une CPR a permis de démontrer sa faisabilité, son bénéfice précoce pour plus de 75 % des patients et sa rentabilité avec un taux de participation de 60 %. Le ressenti des familles et des soignants ainsi que l'impact sur la qualité de vie à long et moyen terme mériteraient d'être étudiés. La confrontation des expériences des différentes équipes permettrait d'établir des recommandations pour guider les CPR.

Références

1. Cuthbertson BH, Rattray J, Campbell MK, et al (2009) The PRaCTiCaL study of nurse led, intensive care follow-up programmes for improving long term outcomes from critical illness: a pragmatic randomised controlled trial. *BMJ* 339:b3723
2. Griffiths JA, Barber VS, Cuthbertson BH, Young JD (2006) A national survey of intensive care follow-up clinics. *Anaesthesia* 61:950–5