

Neurologie

Neurology

© SRLF et Springer-Verlag France 2011

SP255

Évaluation de l'efficacité du valproate au cours de l'état de mal épileptique traité en réanimation

L. Dangers, A. Galbois, H. Ait-Oufella, J.-L. Baudel, B. Guidet, G. Offenstadt, E. Maury
Service de réanimation médicale, CHU Saint-Antoine, Paris, France

Introduction : Le valproate (Val) est un médicament efficace, largement utilisé dans la prise en charge de la maladie épileptique. Il peut être administré en intraveineux et a peu d'effets secondaires. Cependant, malgré ces avantages, les algorithmes de la prise en charge médicamenteuse de l'état de mal épileptique (EME) ne recommandent pas l'utilisation de cette molécule. Nous utilisons en première intention, le Val comme antiépileptique d'action prolongée (AEAP), dans la prise en charge de l'EME avec une dose charge de 20 mg/kg puis une dose d'entretien de 1 mg/kg par heure jusqu'à 2006 puis de 2 mg/kg par heure ensuite. Le but de ce travail était d'évaluer cette pratique.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude monocentrique, rétrospective, analysant les patients admis pour EME de janvier 1999 à décembre 2009 dans un service de réanimation médicale de 14 lits. L'EME était défini par la survenue de trois crises successives sans reprise de conscience ou par la persistance d'activité convulsive continue au-delà de 5 à 10 minutes. Étaient inclus tous les patients admis pour EME, ayant reçu du Val dans le service.

Résultats : Cent trente-cinq patients (hommes : 92, âge : 50 ± 12 ans, SAPSII : 37 ± 12 , durée de séjour en réa : 5,6 jours, mortalité : 5 %) ont été inclus. L'EME survenait dans le cadre d'une épilepsie primaire (21,5 %) ou d'une épilepsie secondaire (35 %). Une inobservance thérapeutique était alors notée dans 25 % des cas. Les autres étiologies retrouvées étaient un AVC récent (7 %), un trauma crânien (3 %), une infection (7 %), un sevrage alcoolique (16 %). La ventilation mécanique a été nécessaire dans 42 % des cas pour une durée moyenne de 2,8 jours. Une benzodiazépine d'action rapide était administrée dans 90 % des cas. Le Val était l'AEAP utilisé en première intention dans 88 % des cas. La guérison de l'EME a été obtenue avec le Val dans 86 % des cas. Aucun effet hémodynamique ou hépatique n'a été rapporté par l'utilisation de Val. Une hyperammoniémie avec encéphalopathie réversible à l'arrêt de Val a été notée. L'échec du Val à contrôler l'EME était significativement associé au décès (26 vs 1 %, $p < 0,001$).

Conclusion : Ce travail suggère que le Val est un médicament dont la place dans la prise en charge de l'EME doit être réévaluée dans le cadre de travaux prospectifs.

SP256

Delirium en réanimation : enquête nationale sur les conduites diagnostiques et thérapeutiques

B. Sztrymf, F. Jacobs, D. Prat, E. Lhuillier, V. Siam-Tsieu, P. Lafforgue, F. Brivet

Service de réanimation, CHU Antoine-Béclère, Clamart, France

Introduction : Le delirium en réanimation a des implications pronostiques majeures. Il est entre autres lié à l'allongement de la durée et du coût de l'hospitalisation, à une augmentation de la mortalité et à des conséquences cognitives au long cours. Aucune étude n'ayant recensé les pratiques des réanimateurs français face à ce problème, nous avons initié une surveillance nationale.

Matériels et méthodes : Questionnaire envoyé par courriel à 1 100 réanimateurs français membres de la SRLF, suivi de deux relances pour les non-répondeurs. Le questionnaire comportait une partie démographique concernant la personne interrogée, une partie sur les pratiques de monitoring du delirium et de la sédation, une partie sur le delirium en général, une partie sur le niveau de mobilisation et de stimulation des patients, une partie sur les pratiques thérapeutiques. Deux cent quatre-vingts réponses ont été reçues en 84 jours, soit un taux de réponse de 25,5 %. La saisie des réponses fut anonymisée.

Résultats : Deux cent quatre-vingts réanimateurs (223 hommes, 57 femmes) ont répondu, âgés de moins de 35 ans pour 36 %, de plus de 45 ans pour 29 %, avec une expérience de plus de dix ans pour 43,7 %. L'unité des répondeurs se situe en CHU pour 58,7 %, est médicochirurgicale pour 51,3 %, médicale pour 35,5 %, chirurgicale pour 13,2 %. Environ 54 % des répondeurs déclarent disposer d'un protocole de sédation, avec objectif de sédation pour 78 % et interruption séquentielle des sédatifs pour 22 % des cas. Seuls 10 % des répondeurs dépistent le delirium avec un score validé, de façon au moins quotidienne pour 36 % d'entre eux. Pour 60,4 % des répondeurs, le delirium survient chez moins d'un quart des patients ventilés, 4,4 % estimant la fréquence de survenue à plus de 50 %. Le delirium est associé à une surmortalité par 69,3 % des répondeurs, à un surcoût par 97,1 %, à des conséquences cognitives au long cours par 46 %. Le delirium reste sous-diagnostiqué selon 83,9 % des répondeurs, et 89,6 % évoquent l'existence de mesures préventives. Pour 80 % des répondeurs, le type et la quantité de sédatifs influent sur la survenue du delirium. L'agitation est reconnue comme un élément habituel du delirium par 86,7 %, et pour 12,6 %, un patient sans agitation psychomotrice ne peut souffrir de delirium. Les mesures de stimulation et mobilisation des patients sont plus souvent appliquées chez les patients non intubés. Ainsi, les patients non ventilés s'assoient dans un fauteuil quand ils le peuvent dans au moins trois quarts des cas pour 86,7 % des répondeurs, contre seulement 24 % si les patients sont ventilés. Concernant les traitements, 77,1 % des répondeurs utilisent des neuroleptiques en première ligne, majoritairement de l'halopéridol. Les benzodiazépines font aussi partie de la première ligne de traitement pour 81,7 % des répondeurs, de même que l'hydroxyzine

(Atarax®) pour 36,1 %. Les motivations pour ce choix sont : habitude de service ou expérience personnelle pour 80,7 %, efficacité et/ou innocuité documentée pour 19,3 %.

Conclusion : Cette enquête, limitée par le taux de réponse, montre que peu de réanimateurs français dépistent le delirium. Certains traitements classiquement contre-indiqués ou non documentés sont souvent utilisés.

SP257

Anxiété chez les patients admis en réanimation pour un syndrome de Guillain-Barré

M.-H. Marcadet, T. Meharbene, A. Polito, M. Blanc, D. Orlikowski, D. Annane, T. Sharshar

Service de réanimation médicale, CHU Raymond-Poincaré, Garches, France

Introduction : La ventilation mécanique est requise chez un tiers des patients atteints d'un syndrome de Guillain-Barré (SGB). La prédiction de l'insuffisance respiratoire aiguë (IRA) doit être améliorée afin d'éviter une intubation tardive. Notre hypothèse est que l'intensité de l'anxiété ou ses caractéristiques seraient associées à une IRA.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude prospective observationnelle monocentrique s'étant déroulée entre 2006 et 2010 et ayant inclus 99 patients atteints de SGB. Les patients intubés-ventilés à l'admission ont été exclus. L'intensité du déficit moteur mesurée à l'aide du score « Disability grade » (de 0 à 5), la capacité vitale et l'existence de trouble de la déglutition ont été recueillies à l'admission. L'anxiété a été évaluée à l'aide du score State-Trait Inventory Anxiety (STAI) et d'une échelle visuelle analogique (VAS).

Résultats : Une ventilation mécanique invasive (VMI) a été requise chez 22 patients (22 %). Le score STAI et la VAS anxieté étaient respectivement de 47 ± 14 et de $5,3 \pm 2,9$. Les patients ayant nécessité une VMI avait à l'admission un « Disability grade » plus bas ($3,3 \pm 0,8$ vs $3,8 \pm 0,7$; $p = 0,0004$) et une CV plus réduite (78 ± 23 vs 60 ± 21 % de la valeur prédite, $p = 0,002$). Le score STAI tendait à être plus élevé chez les patients ultérieurement ventilés (47 ± 14 vs 53 ± 14 ; $p = 0,08$). La VAS anxieté ne différait pas entre les deux groupes ($5,2 \pm 2,9$ vs $5,5 \pm 2,9$; $p = 0,77$). Les patients ultérieurement ventilés rapportaient plus fréquemment l'incertitude comme étant le plus anxiogène.

Conclusion : L'anxiété est à l'admission fréquente et intense chez les patients atteints de SGB. Elle doit être prise en charge tant à des fins de confort que d'évaluation de la sévérité potentielle du SGB.

SP258

L'hyperglycémie est associée à l'apoptose microgliale dans le choc septique

A. Polito¹, J.-P. Brouland², S. Siami¹, R. Sonnevill¹, G. Lorin de la Grandmaison³, F. Gray², D. Annane¹, T. Sharshar¹

¹Service de réanimation, hôpital Raymond-Poincaré, Garches, France

²Département de pathologie, CHU Lariboisière, Paris, France

³Département de pathologie, hôpital Raymond-Poincaré, Garches, France

Introduction : L'effet de l'hyperglycémie sur le cerveau et plus spécifiquement sur les cellules cérébrales des patients en choc septique n'est pas connu. L'objectif de cette étude était d'évaluer la relation entre l'hyperglycémie et l'apoptose dans le cerveau des patients décédés d'un choc septique.

Matériels et méthodes : Dans une étude prospective, la corne d'Ammon de 17 patients décédés d'un choc septique fut prélevée pour évaluation de l'ischémie neuronale, de l'apoptose neuronale et microgliale, de l'expression du *neuronal glucose transporter* (GLUT) 4 et 5, de l'iNOS endothélial et de l'activation microgliale et astrocytaire. Pour chaque patient, cinq valeurs journalières ont été saisies de l'admission jusqu'au décès. Une glycémie (GLY) supérieure à 2 g/l définissait l'hyperglycémie, et l'aire sous la courbe (AUC) a été calculée pour les concentrations sanguines du glucose supérieures à 2 g/l.

Résultats : La médiane de la GLY pendant tout le séjour en réanimation était de 2,2 g/l. L'apoptose neuronale corrélait avec l'expression endothéliale de l'iNOS ($\rho = 0,68$; $p = 0,04$), et l'apoptose microgliale avec l'AUC supérieure à 2 g/l ($\rho = 0,70$; $p = 0,002$). Il existe une relation entre l'apoptose neuronale et microgliale ($\rho = 0,69$; $p = 0,006$), mais aucune avec la durée du choc ou l'expression de GLUT4 et 5. Il semble exister une tendance entre l'apoptose neuronale et l'ischémie avec la durée de l'hypotension.

Conclusion : Dans le choc septique, l'apoptose neuronale est corrélée avec l'expression de l'iNOS. L'apoptose microgliale corrélée avec l'hyperglycémie, probablement par défaut d'hypoexpression de GLUT5. Ces résultats fournissent de bases mécanistiques pour la compréhension de l'effet neuroprotecteur du contrôle glycémique.

SP259

Sevrage ultrarapide aux opiacés : étude de faisabilité

E. Masseret¹, A. Guillon¹, P.-F. Dequin¹, J. Bachellier², E. Marot¹, D. Perrotin¹

¹Service de réanimation médicale, CHU de Tours-hôpital Bretonneau, Tours, France

²Service de psychiatrie et d'addictologie, CHU de Tours- hôpital Bretonneau, Tours, France

Introduction : Le sevrage ultrarapide aux opiacés est une technique de traitement de la dépendance aux opiacés par une antagonisation rapide et complète des récepteurs opiacés μ sous anesthésie générale [1]. Le sevrage provoqué aux opiacés pourrait permettre de raccourcir la durée du sevrage et de limiter l'intensité des symptômes. L'efficacité de cette technique est cependant discutée [2]. Le but de ce travail était d'évaluer la faisabilité et la sécurité de cette stratégie thérapeutique.

Patients et méthodes : Le protocole a été mis en place de novembre 2009 à août 2010. L'indication d'un sevrage rapide aux opiacés était validée de façon multidisciplinaire (psychiatre, réanimateur, assistance sociale) et après adhésion complète du patient. Les patients étaient alors hospitalisés en réanimation puis placés sous ventilation artificielle invasive après une induction de l'anesthésie par propofol, atracurium, et une prémédication par midazolam, ondansétron et clonidine. La sédation était entretenue par du propofol sous contrôle d'un indice bispectral. L'antagonisation des récepteurs opiacés μ était réalisée par naloxone 2 mg en intraveineux sur 30 minutes puis naltrexone 200 mg en sonde nasogastrique sur deux heures. Un traitement symptomatique du syndrome de sevrage était administré de façon systématique en perprocédure : paracétamol, kétoprofène, sandostatine, ondansétron et clonidine (traitement des effets neurovégétatifs). L'anesthésie générale était poursuivie pendant 7 à 24 heures sur choix du médecin. Après examen clinique et psychique, les patients étaient transférés en service de médecine interne pour surveillance et adaptation thérapeutique. Une consultation en psychiatrie était prévue pour la sortie de l'hôpital.

Résultats : Quatre patients ont été inclus (28, 31, 37 et 43 ans). Tous étaient insérés socialement. Un sevrage classique avait échoué chez deux patients. Deux patients présentaient une monotoxicomanie à l'héroïne

(héroïne-codéine et héroïne-méthadone pour les autres patients), trois patients étaient tabagiques, aucun d'entre eux n'avait d'addiction alcoolique. La toxicomanie évoluait depuis quatre à dix ans. Trois patients avaient une hépatite C et un patient présentait une co-infection VIH. L'anesthésie générale a duré 24 heures pour deux patients, sept et huit heures pour les deux autres. Un patient a manifesté des signes cliniques de sevrage pendant l'anesthésie générale. En per- et postprocédure, aucun patient n'a présenté de défaillance d'organe. Trois patients sur quatre avaient un réveil agité avec delirium, un patient endormi huit heures avait un syndrome de sevrage particulièrement difficile à contrôler. Les durées de séjour hospitalier étaient de : deux jours (un patient), cinq jours (un patient) et six jours (deux patients). Aucun des patients ne présentait à la sortie de *craving* (impulsion à consommer le produit). À un mois, un patient avait repris un traitement par méthadone.

Discussion : Il semble qu'une durée d'anesthésie générale de 24 heures soit plus adaptée.

Conclusion : Cette stratégie de sevrage ultrarapide aux opiacés semble réalisable en réanimation. L'efficacité à long terme de cette technique reste à démontrer.

Références

1. Fontaine E, Godfroid IO, Guillaume R (2001) Ultrarapid detoxification of opiate dependent patients: review of the literature, critiques and proposition for an experimental protocol. *Encephale* 27(2):187–93
2. Strang J, Bearn J, Gossop M (1997) Opiate detoxification under anaesthesia. *BMJ* 315:1249–50