

## Lève-toi et marche !

### Get up and walk!

J.-C. Preiser · M. Norrenberg · J.-L. Vincent

© SRLF et Springer-Verlag France 2011

L'injonction « Lève-toi et marche » devrait remplacer le « Reste tranquille, repose-toi et laisse faire le respirateur » encore trop souvent entendu dans nos services de réanimation. En effet, les malades traités par ventilation mécanique prolongée souffrent souvent d'une faiblesse musculaire à l'origine d'une perte d'autonomie fonctionnelle. Ces effets peuvent persister même cinq ans après la sortie de l'hôpital [1]. Ce constat inquiétant est à l'origine d'un intérêt grandissant pour cette pathologie iatrogène qu'est la faiblesse acquise aux soins intensifs (*ICU-acquired weakness*). Parmi les éléments objectifs nécessaires à l'amélioration de nos pratiques, les observations de De Jonghe et al. [2], comme la tenue d'une table ronde consacrée à ce sujet en 2009 à Bruxelles dans le cadre du symposium international de soins intensifs et de médecine d'urgence, soulignent l'importance du problème. Parmi les pistes les plus prometteuses pour limiter la prévalence et la gravité de la faiblesse musculaire liée aux soins intensifs, les arrêts systématiques et quotidiens de sédation chez les patients ventilés ont permis de limiter la durée de la ventilation mécanique [3]. Ce constat a évolué vers l'arrêt pur et simple de la sédation chez la plupart des malades de réanimation, sauf lorsqu'ils sont agités. Une telle stratégie ne semble pas avoir d'effets pervers, notamment sous forme de delirium ou de mauvais souvenirs.

Pour en apporter la confirmation, l'étude AWARE « Étude du rapport bénéfice/risque d'une sédation systématique versus abstention de sédation chez le patient ventilé et sans indication absolue de sédation », essai randomisé, prospectif, contrôlé, multicentrique, lancé par le « Trial group » de la Société de réanimation de langue française, vise à démontrer qu'une stratégie de sédation minimale basée sur un algorithme clinique simplifié permet de réduire le taux de mortalité d'une population de patients adultes de réanimation traités par ventilation mécanique pendant de plus de 48 heures.

Pour aller un peu plus loin, l'adjonction d'un programme d'activité physique au cours de ces interruptions de sédation a permis d'améliorer le statut fonctionnel des patients à la sortie de l'hôpital [4]. D'ailleurs, pendant ou après le sevrage de la ventilation, l'exercice physique par pédalage actif limite la fonte musculaire et améliore les indices de performance musculaire, comme la distance de marche en six minutes et la force isométrique du quadriceps [5]. Même chez le patient inconscient ou qui nécessite une sédation



**Fig. 1** Utilisation d'une table de verticalisation permettant de reproduire la marche. Nous avons appelé familièrement cette planche le « Moonwalker »

J.-C. Preiser (✉) · M. Norrenberg · J.-L. Vincent  
Service des soins intensifs, hôpital Erasme,  
université libre de Bruxelles, 808, route de Lennik,  
B-1070 Bruxelles, Belgique  
e-mail : Jean-Charles.Preiser@erasme.ulb.ac.be

prolongée, la mobilisation passive sur cycloergomètre prévient partiellement la dégradation des protéines musculaires [6].

Nous pratiquons dans notre service une politique intégrée de réveil précoce, avec mobilisation active dès que possible, utilisant par exemple une table de verticalisation (Fig. 1). Dans le cadre de cette politique multimodale, une attention particulière est également portée aux apports protéiques (1,5 g de protéines/kg par jour), au maintien de la glycémie en dessous de 8 mmol/l et à la limitation des durées de traitement par stéroïdes. Afin d'attirer l'attention de toute l'équipe soignante, nous développons un programme d'évaluation systématique de la capacité physique utilisant le score Muscular Research Council (MRC) (2) de même qu'une mesure de la force de l'avant-bras évaluée par un dynamomètre manuel. Cette dernière technique nous semble plus facile à réaliser que le score MRC, et sa reproductibilité interobservateur a été récemment confirmée [7]. Différentes études tendent à montrer une bonne corrélation entre les deux tests d'évaluation de même qu'une valeur prédictive équivalente de faiblesse musculaire [8,9]. L'aspect pluridisciplinaire de cette prise en charge, impliquant infirmiers, kinésithérapeutes, diététiciens et médecins, est fondamental à la prise de conscience de l'importance de notre démarche, privilégiant l'autonomie fonctionnelle du patient.

## Références

1. Herridge MS, Tansey CM, Matté A, et al (2011) Functional disability 5 years after acute respiratory distress syndrome. *N Engl J Med* 364:1293–304
2. De Jonghe B, Sharshar T, Lefaucheur JP, et al (2002) Paresis acquired in the intensive care unit: a prospective multicenter study. *JAMA* 288:2859–67
3. Kress JP, Pohlman AS, O'Connor M, Hall JB (2000) Daily interruption of sedative infusions in critically ill patients undergoing mechanical ventilation. *N Engl J Med* 342:1471–7
4. Schweickert WD, Pohlman MC, Pohlman AS, et al (2009) Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial. *Lancet* 373:1874–82
5. Burtin C, Clerckx B, Robbeets C, et al (2009) Early exercise in critically ill patients enhances short-term functional recovery. *Crit Care Med* 37:2499–505
6. De Prato C, Bastin MH, Preiser JC (2009) Sarcopénie en réanimation. *Réanimation* 18:486–92
7. Vanpee G, Segers J, Van Mechelen H, et al (2011) The interobserver agreement of handheld dynamometry for muscle strength assessment in critically ill patients. *Crit Care Med* 39:1929–34
8. Latronico N, Rasulo FA (2010) Presentation and management of ICU myopathy and neuropathy. *Curr Opin Crit Care* 16:123–7
9. Ali NA, O'Brien JM Jr, Hoffmann SP, et al (2008) Acquired weakness, handgrip strength, and mortality in critically ill patients. *Am J Respir Crit Care Med* 178:261–8