

Sédation–délirium

Sedation–delirium

© SRLF et Springer-Verlag France 2011

SP130

Syndrome de sevrage des morphiniques en réanimation : incidence et facteurs de risque

A. Rouzé, R. Favory, S. Préau, D. Mathieu, F. Saulnier, A. Durocher, S. Nseir
Réanimation médicale, CHRU de Lille, hôpital Calmette, Lille, France

Introduction : Une seule étude portant sur un petit nombre de patients s'est intéressée au syndrome de sevrage survenant après arrêt de la sédation chez les patients de réanimation [1]. L'objectif de notre étude est de déterminer l'incidence et les facteurs associés au syndrome de sevrage des morphiniques en réanimation.

Patients et méthodes : Étude rétrospective sur des données collectées prospectivement pendant un an dans un service de réanimation polyvalente de 30 lits. Tous les patients sédatisés étaient éligibles. Les patients décédés avant l'arrêt de la sédation et ceux chez qui la sédation a dû être reprise dans les 24 heures suivant son arrêt ont été exclus. Seul le premier épisode de sédation a été pris en compte. Le niveau de sédation était prescrit par le médecin. La sédation était réalisée par remifentanyl ± midazolam, dont les doses étaient ajustées par l'infirmière selon un protocole écrit utilisant le score de Ramsay. La sédation n'a pas été arrêtée quotidiennement. Le syndrome de sevrage des morphiniques était défini par la présence d'au moins 5 des critères suivants : fièvre ($> 38^{\circ}$), tachycardie (> 100 bpm), hypertension (PAM > 100 mmHg), sueurs, mydriase, diarrhée, vomissements et agitation. Les facteurs de risque de syndrome de sevrage des morphiniques ont été déterminés par analyse univariée suivie d'une régression logistique multivariée.

Résultats : 274 patients ont été inclus (âge : 57 ± 16 ans, IGS II : 50 ± 18 , LOD : $5,4 \pm 3,3$, chirurgie : 27 %, durée de ventilation mécanique : 23 ± 21 jours, durée de sédation 11 ± 10 jours, midazolam 72 %). L'incidence du syndrome de sevrage des morphiniques était de 19,7 %. L'analyse multivariée a identifié les facteurs suivants : la dose de remifentanyl/kg/patient (OR [IC à 95 %] : 2,7 [1,2–6,1] ; $p = 0,016$), le poids (1,02 [1,01–1,04] ; $p = 0,001$), l'âge (0,97 [0,95–0,99] ; $p = 0,013$) et l'immunodépression (0,29 [0,09–0,92] ; $p = 0,035$).

Conclusion : Le syndrome de sevrage des morphiniques est fréquent en réanimation. Alors que la dose de morphiniques et le poids sont indépendamment associés à un risque élevé de syndrome de sevrage, l'âge et l'immunodépression sont indépendamment associés à une diminution du risque de syndrome de sevrage.

Référence

1. Cammarano WB, Pittet JF, Weitz S, et al (1998) Acute withdrawal syndrome related to the administration of analgesic and sedative medications in adult intensive care unit patients. *Crit Care Med* 26:676–84

SP131

Étude analytique des troubles psychiatriques chez les brûlés en réanimation

N. Chaouch, H. Oueslati, L. Gharsallah, B. Gasri, I. Rahmeni, A. Mokline, A.A. Messadi
Service de réanimation des brûlés, centre de traumatologie et des grands brûlés, Tunis, Tunisie

Introduction : La brûlure grave est une pathologie dramatique pouvant engendrer une déstabilisation psychologique importante. La gravité du retentissement psychologique peut influencer directement le parcours des soins et le processus d'adaptation psychosociale. Le but de ce travail est d'identifier les principaux troubles psychologiques observés chez les malades brûlés au cours de leur hospitalisation.

Patients et méthodes : Étude rétrospective faite sur une période de 3 ans (1^{er} septembre 2008–30 août 2011), incluant les patients brûlés qui ont été hospitalisés au service de réanimation des brûlés du centre de traumatologie et grands brûlés de Tunis, et qui ont bénéficié d'une prise en charge psychiatrique spécialisée. Ont bénéficié de consultation psychiatrique les malades qui ont présenté des troubles psychiques au cours de leur hospitalisation et ceux hospitalisés pour suicide par immolation. L'analyse statistique des résultats est faite par le logiciel SPSS 17.0.

Résultats : Mille six patients ont été hospitalisés durant la période d'étude. 120 malades ont répondu aux critères d'inclusion dont 53 ont bénéficié d'une prise en charge psychiatrique spécialisée (soit 5,2 % des malades hospitalisés), 45 sont décédés et 22 ont été adressés en consultation psychiatrique en ambulatoire. L'âge moyen des patients est de 29 ± 8 ans, avec un sex-ratio de 1,33. La surface cutanée brûlée moyenne est de 29 ± 15 %, l'UBS (Unit Burn Standard) moyen est de 64 ± 40 . La durée d'hospitalisation moyenne est de 59 jours (4–390). L'accident domestique est la circonstance la plus fréquente de la brûlure chez ces patients (43 % des cas), suivi des tentatives de suicide (41 %), des accidents de travail (9 % des cas) et des agressions (5 %). 75 % de ces patients sont célibataires et 92 % ont un niveau scolaire bas. La notion d'antécédents psychiatriques a été retrouvée chez 28 % des patients. Le nombre des consultations psychiatrique par malade est en moyenne de 2 consultations avec un maximum de 10 consultations pour 1 patient. Les troubles psychologiques retrouvés sont dominés par la dépression (47 %), les psychoses (20 %) : schizophrénie ; bouffée délirante aiguë et états psychotiques aigus, puis le syndrome du stress aiguë (15 % des cas), les troubles du sommeil (8 %), la psychopathie (6 %) et les états anxieux (4 %).

Conclusion : Les patients brûlés présentent un éventail d'états psychologiques et de réactions émotionnelles intenses qui sont représentés essentiellement par la dépression, les psychoses et l'état de stress aigu. Les troubles psychologiques concernent une population jeune ayant des conditions socio-économiques défavorables. Une prise en charge multidisciplinaire précoce et adéquate s'avère nécessaire afin d'améliorer la qualité de vie de ces patients.

SP132

Délirium en réanimation : incidence, facteurs de risque et impact sur la morbi-mortalité

N. Tilouch, S. Dalla Ayed, R. Atig, S. Ayed, R. Bouzgarrou, R. Gharbi, M. Fekih-Hassen, S. Elatrous

Réanimation médicale, CHU Taher, Sfar Mahdia, Mahdia, Tunisie

Introduction : En réanimation, le délirium est fréquent avec des chiffres allant de 15 à 80 %. Plusieurs facteurs de risque sont identifiés dans la littérature. L'objectif de cette étude est de déterminer l'incidence et les types de délirium en réanimation, ses facteurs de risque et son impact sur la morbi-mortalité.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude de cohorte prospective ayant inclus 206 patients âgés de plus de 18 ans et dont la durée de séjour est supérieure à 24 heures. Les patients admis en post arrêt cardiaque et ceux ayant des antécédents de démence ou de psychose ont été exclus de l'étude. Le délirium a été évalué par l'échelle d'évaluation CAM-ICU [1]. Les facteurs de risque ont été évalués moyennant une analyse univariée et multivariée. L'impact du délirium sur la durée de séjour, la mortalité et la fréquence des incidents (auto-extubation, arrachement d'un cathéter...) ont été analysés.

Résultats : Le délirium est survenu chez 39 (19 %) parmi 206 patients. Les patients présentant un délire sont plus âgés (71 ± 9 vs 61 ± 17 ans, $p < 0,0001$), ont un SAPS II plus élevé (38 ± 15 vs 30 ± 15 , $p = 0,007$). Le délirium est survenu après un délai moyen de 8 ± 5 jours pour une durée moyenne est de 3 ± 1 jours. Le délirium est de type hyperactif dans 44 % et mixte dans 12 % des cas. Les facteurs de risque du délirium étaient l'âge ≥ 65 ans (OR : 4,1 ; IC 95 % : [1,399–12,216], $p = 0,01$), l'antécédent d'HTA (OR : 3,3 IC 95 % : [1,312–8,133], $p = 0,011$), de BPCO (OR : 3,5 ; IC 95 % : [1,479–8,595] ; $p = 0,005$), le traitement corticoïde (OR : 2,8 ; IC 95 % : [1,057–7,284], $p = 0,038$) et la sédation (OR : 5,4 ; IC 95 % : [2,088–13,924], $p < 0,0001$). Le développement d'un délirium est associé à une incidence élevée de complications et d'une prolongation de la durée de séjour (10 ± 13 vs 20 ± 14 , $p < 0,001$). La mortalité était comparable entre les 2 groupes (15 vs 16 %, $p = 0,9$).

Conclusion : Le délirium est une complication fréquente en réanimation. Il touche les patients les plus âgés ayant un antécédent d'HTA ou de BPCO et ayant eu une sédation ou une corticothérapie. Il est à l'origine d'une augmentation de la morbidité des patients en réanimation sans modifier la mortalité.

Référence

1. Ely EW, Margolin R, Francis J, et al (2001) Evaluation of delirium in critically ill patients: validation of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU). *Crit Care Med* 29:1370–9

SP133

Évolution de la pratique de la sédation, expérience d'un service de réanimation tunisien

I. Ouanes¹, W. Salmi¹, S. Ben Abdallah¹, R. Stambouli-Tabka², F. Dachraoui¹, L. Ouanes-Besbes¹, F. May¹, M. Dlala¹, F. Jalloul¹, F. Ben Amor¹, F. Abroug¹

¹Service de réanimation polyvalente, CHU Fattouma-Bourguiba, Monastir, Tunisie

²Service de pharmacie, CHU Fattouma-Bourguiba, Monastir, Tunisie

Introduction : La sédation en réanimation bien que nécessaire, est associée à plusieurs effets néfastes. Plusieurs études récentes ont montré des bénéfices quand la sédation est réduite, ce qui a encouragé

les réanimateurs à adopter diverses attitudes afin de réduire l'usage de sédatifs, notamment les protocoles de sédation. L'objectif de cette étude est de décrire l'évolution au cours des années de la pratique de la sédation dans notre service.

Patients et méthodes : C'est une étude observationnelle, incluant les patients hospitalisés dans notre service entre janvier 2000 et décembre 2010. La sédation est évaluée en pratique par le clinicien en charge. Les caractéristiques démographiques ainsi que la modalité ventilatoire et la mortalité ont été recueillies par l'analyse des dossiers des patients. La consommation de sédatifs couramment utilisés (midazolam, propofol, rémifentanyl et fentanyl) au cours de la période d'étude a été recueillie à partir des registres de la pharmacie de l'hôpital.

Résultats : 3 905 patients ont été hospitalisés durant la période d'étude, âge médian : 59 ans (IQR = 8 ans), 60,1 % de sexe masculin. 44,5 % des patients ont eu recours à la VM invasive et 23,2 % à la VNI. Une diminution significative de la consommation des hypnotiques (Fig. 1) mais également des morphinomimétiques par admission et par an a été observée au cours de la période d'étude. De même, une diminution significative de la consommation de Midazolam par patient intubé (passant de 454,1 mg en 2000 à 54 mg en 2010 ; $p < 0,01$) et par an a été observée. Parallèlement, une augmentation significative de l'usage de la VNI a été observé (passant de 4,6 % en 2000 à 34 % en 2010) (Fig. 1). La mortalité globale était de 21,9 %.

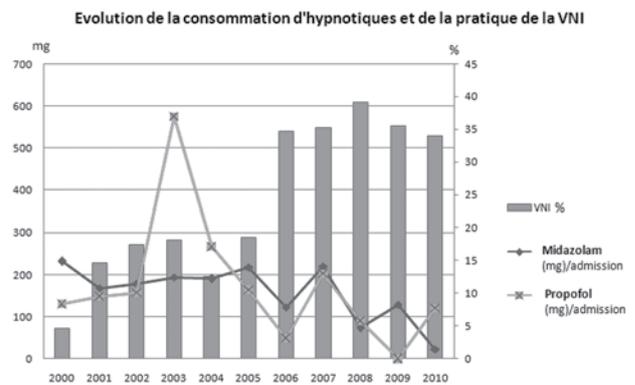


Fig. 1. Évolution de la consommation d'hypnotiques et de pratique de la VNI

Conclusion : Une diminution significative de la consommation des sédatifs a été observée dans notre service. Ceci est en partie en rapport avec l'usage plus fréquent de la VNI, toutefois la diminution des sédatifs par patient intubé pourrait refléter une meilleure évaluation de la sédation par les cliniciens. Un protocole écrit de sédation pourrait diminuer d'avantage la consommation des sédatifs.

SP134

Analgesie péridurale postopératoire en chirurgie thoracique : administration continue par pousse-seringue électrique versus diffuseur élastomérique

W. Haddad, S. Kalouche, A. Chtouki, R. Cherkabe, C. El Kettani, B. Idali, K. Mjahed, L. Barrou²

Service de réanimation chirurgicale, CHU Ibn-Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction : La thoracotomie cause des douleurs postopératoires sévères et prolongées (3–5 jours) pourvoyeuses de complications multiples essentiellement respiratoires. La péridurale thoracique

(APD) est actuellement considérée comme le *gold-standard* analgésique. Cette technique nécessite une hospitalisation prolongée en unité de soins intensifs (USI) afin d'administrer en continu le mélange (anesthésique local + morphinique) à l'aide d'une pousse-seringue électrique (PSE). Si les diffuseurs élastomériques (DE) ont déjà fait preuve de leur efficacité en orthopédie et en chirurgie viscérale, leur place en APD thoracique reste à préciser. Nous rapportons ici notre expérience concernant leur usage pour l'entretien de l'APD thoracique postopératoire.

Patients et méthodes : Tous les patients consécutifs de janvier à mars 2011 opérés de chirurgie pulmonaire (lobectomie, pneumectomie ou résection atypique) par thoracotomie ont été étudiés de manière prospective sur la période postopératoire précoce (les 5 premiers jours) en USI. Les patients sont opérés sous anesthésie générale (AG) et l'APD est systématiquement proposée, le cathéter épidural est mis en place au niveau T4–T5 avant l'induction de l'AG. En postopératoire, les patients étaient randomisés en 2 groupes : le groupe A recevait un mélange comportant un anesthésique local (AL) en l'occurrence la bupivacaïne à 0,125 % et un morphinique (fentanyl : 1 mg/ml d'AL). Ce mélange était administré au patient en continu à l'aide d'une PSE tandis que le groupe B recevait le même mélange à partir d'un DE. Plusieurs paramètres ont été analysés durant les 96 heures postopératoires : niveau sensitif, score de bromage, complications, consommation d'antalgiques, échelle visuelle analogique (EVA) au repos, à la toux et à la mobilisation ainsi que la satisfaction globale du patient. L'étude statistique faisait appel au logiciel Épi-Info (seuil de significativité : $p < 0,05$).

Résultats :

Tableau 1 Caractéristiques des patients et résultats			
Paramètres	Groupe A, n = 35	Groupe B, n = 35	p
Âge (ans)	57 ± 8	63 ± 10	0,83
Sexe (H/F)	29/6	27/8	0,52
Score ASA			
1	75 %	68 %	0,74
2	25 %	32 %	0,67
Geste chirurgical			
Lobectomie	83 %	79 %	0,78
Pneumectomie	12 %	14 %	0,69
Résection atypique	5 %	7 %	0,54
EVA à la toux			
0 mm	65 %	62 %	0,48
0–3 mm	25 %	27 %	0,52
> 3 mm	10 %	11 %	0,42
Complications			
Hypotension	10 %	8 %	0,45
Bloc moteur	2 %	3 %	0,42
Rétention d'urine	1 %	0 %	0,51
Satisfaction du patient	88 %	94 %	0,68

Conclusion : Après une thoracotomie, l'administration continue d'un mélange comportant de la bupivacaïne à 0,125 % associée au fentanyl via un cathéter épidural à l'aide d'un DE confère une analgésie postopératoire efficace et avec peu d'effets secondaires. Afin de réduire le coût d'hospitalisation en USI et diminuer la consommation d'antalgiques en postopératoire, le DE pourrait être utilisé dans les services de

chirurgie sous réserve d'une surveillance rigoureuse et continue par un personnel soignant hautement qualifié.

SP135

Analgesie péridurale en réanimation : étude observationnelle multicentrique de faisabilité et de sécurité

M. Jabaudon¹, R. Chabanne², S. Kauffmann¹, B. Claud³, C. Chartier¹, R. Guérin¹, S. Perbet¹, N. Eisenmann², M. Vignaud¹, S. Cayot-Constantin¹, F. Brénas³, J.E. Bazin¹, J.M. Constantin¹
¹Service de réanimation adultes & USC, département d'anesthésie-réanimation, CHU Estaing, Clermont-Ferrand, France
²Réanimation médico-chirurgicale, département d'anesthésie-réanimation, CHU Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand, France
³Service de réanimation polyvalente, centre hospitalier Émile-Roux, Le Puy-en-Velay, France

Rationnel : À l'heure actuelle, l'anesthésie locorégionale périmédullaire ne s'envisage en réanimation qu'en postopératoire ou en traumatologie. Cette technique pourrait présenter des bénéfices dépassant ses propriétés analgésiques, notamment sur les plans inflammatoire, vasculaire ou respiratoire. Aucune donnée n'est actuellement disponible sur la faisabilité et la sécurité de l'analgésie péridurale chez les patients en état critique, et la place de ce mode d'analgésie reste à préciser en réanimation.

Matériels et méthodes : Étude prospective, observationnelle, multicentrique, conduite sur une période de 4 mois dans 3 services de réanimation, où les praticiens responsables de la réalisation et de la gestion de l'analgésie péridurale thoracique sont rompus à cette technique. Tous les patients hospitalisés en réanimation et bénéficiant d'une analgésie péridurale étaient inclus, que le cathéter ait été posé en réanimation ou non (bloc opératoire par exemple). Il n'existait aucun critère d'exclusion spécifique, en dehors des contre-indications absolues à l'insertion d'un cathéter péridural (infection locale, troubles de la coagulation...). Le critère de jugement principal était l'incidence de complications attribuables à la technique d'anesthésie péridurale, incluant les troubles neurologiques et les infections.

Résultats : Cinquante-huit patients ont été inclus, avec un âge moyen de 60 ans (extrêmes : 19–95) et un score SOFA moyen de 3,6 (extrêmes : 0–9). Les motifs de recours à une analgésie péridurale incluaient les traumatismes (31 %), la période postopératoire de chirurgie thoracique ou abdominale à risque (41 %), les péritonites (9 %) et les pancréatites aiguës (19 %). Aucune complication infectieuse (locale, systémique) ou neurologique (déficit) liée à la technique n'a été observée, et la durée moyenne de maintien du cathéter dans l'espace péridural était de 7 jours (extrêmes : 3–20 jours). La culture des cathéters à l'ablation était positive dans 31 % des cas, retrouvant des bactéries de la flore cutanée. Les motifs d'ablation du cathéter péridural étaient une analgésie efficace sans analgésie péridurale (69 %) et le retrait accidentel du cathéter (31 %).

Discussion : Ces données, qui nécessitent d'être validées par d'autres essais, pourraient stimuler la réalisation de travaux visant à évaluer les effets potentiels multiples de ce type d'anesthésie dans certaines situations critiques en réanimation.

Conclusion : L'analgésie péridurale semble être une technique faisable, sûre, et utilisable sur des périodes de plusieurs jours. Cette technique, qui pourrait être proposée en réanimation dans certains cas, nécessite toutefois des praticiens présentant une expérience certaine en anesthésie locorégionale périmédullaire.