

Personnes âgées

Elderly patients

© SRLF et Springer-Verlag France 2012

SP262

La prise en charge des patients très âgés en unité de soins intensifs des urgences : étude à propos de 113 cas

L. Kammoun¹, A. Nasri¹, A. Chaari¹, S. Bjaoui¹, I. Rjeb¹, R. Ammar², H. Ksibi¹, O. Chakroun¹, M. Bouaziz², N. Rekik¹

¹Urgences, hôpital Habib-Bourguiba, Sfax, Tunisie

²Réanimation, hôpital Habib-Bourguiba, Sfax, Tunisie

Introduction : L'objectif de cette étude est d'analyser les caractéristiques cliniques, thérapeutiques et évolutives des patients âgés de plus de 80 ans pris en charge en unité de soins intensifs des urgences de Sfax, Tunisie.

Patients et méthodes : Étude rétrospective, descriptive, sur une période d'une année (2010), portant sur tous les patients de plus de 80 ans, pris en charge en unité de soins intensifs des urgences de Sfax. Le recueil des données portait sur les caractéristiques des patients, les données cliniques, les thérapeutiques mises en œuvre et l'issue évolutive. Sont exclus de l'étude les patients admis pour un motif traumatique.

Résultats : Nous avons recueilli 113 cas durant l'année 2010 pour des patients âgés de 80 ans ou plus. L'âge moyen a été de 83,8 ans (80–96 ans). Le sex-ratio a été de 0,8 (50 H/63 F). L'évacuation des patients à l'hôpital a été assurée par les équipes du Samu 04 dans 28,3 % des cas. Des antécédents pathologiques ont été notés dans 83,2 % des cas. Il s'agit principalement d'une HTA (44,2 %). Le motif d'hospitalisation a été essentiellement un trouble de l'état de conscience (51 %) avec un coma ($SG \leq 7$) dans 13,6 % des cas. Un déficit sensitivomoteur a été retrouvé dans 26,5 % des cas et des convulsions dans 8 % des cas. Une détresse respiratoire a été notée dans 36,3 % des cas et un état de choc dans 19,5 % des cas. Cinq patients (4,4 %) ont présenté un arrêt cardiaque à l'admission. Une TDM cérébrale a été pratiquée dans 26,5 % des cas. Elle a objectivé un accident vasculaire cérébral de type ischémique dans la moitié des cas. Le diagnostic retenu a été principalement un OAP cardiogénique dans 23 % des cas, un AVC dans 9,7 %, un SCA et une décompensation de diabète équitablement dans 7,9 %. Un recours à la ventilation mécanique a été nécessaire dans 23,9 % des cas, à un abord veineux central dans 23 % des cas et aux catécholamines dans 21,2 % des cas. La mortalité a été de 19,5 %. 31,9 % des cas ont été transférés à d'autres services principalement en cardiologie (12,4 %). 48,6 % des cas ont pu être mis sortants directement à domicile vivants.

Conclusion : L'âge n'est pas en soi un frein à une prise en charge hospitalière dans le contexte de l'urgence (mortalité de 19,5 % raisonnable pour des personnes âgées de plus de 80 ans).

SP263

La pneumonie aiguë communautaire sévère chez les personnes très âgées

K. Belkhouja, A. Migaou, A. Hammami, F. May, T. Marhbene, J. Ben Khelil, K. Ben Romdhane, M. Besbes
Service de réanimation médicale, hôpital A.-Mami, Ariana, Tunisie

Introduction : La pneumopathie aiguë communautaire (PAC) sévère est associée à une augmentation de la morbidité, particulièrement chez les patients très âgés. Le but de notre étude était de déterminer les caractéristiques cliniques, paracliniques, microbiologiques et évolutives ainsi que les facteurs pronostiques de la PAC sévère chez le sujet très âgé.

Patients et méthodes : Étude rétrospective, descriptive incluant tous les patients âgés de 80 ans ou plus, hospitalisés en réanimation pour PAC entre le 1^{er} janvier 2001 et le 1^{er} septembre 2012. Ont été relevés les données démographiques, le score de Charlson, l'état fonctionnel antérieur, l'IGS II, le score de SOFA, le score de Fine, le CURB-65, les données cliniques, biologiques, microbiologiques, thérapeutiques et évolutives.

Résultats : Soixante-sept patients ont été inclus dans l'étude. La moyenne d'âge était de $83,7 \pm 3,1$ ans, et le sex-ratio était de 1,7. La moyenne du score de Charlson était de $6,3 \pm 1,4$ et la BPCO représentait la comorbidité la plus fréquente (71,6 % des patients). L'autonomie était conservée chez 37,3 % des patients. La moyenne de l'IGS II était de $48,6 \pm 19,1$ et la médiane du score de SOFA était à 4,6. La médiane du CURB-65 était à 3, et 68,7 % des patients étaient en classe V de Fine. Le motif principal d'admission était l'insuffisance respiratoire aiguë chez 76,1 % des malades. Les lésions pulmonaires étaient bilatérales chez 19 patients. Le germe responsable a été isolé chez 52,2 % dont les plus fréquents étaient le pneumocoque (11 patients) et l'*Hemophilus influenzae* (11 patients). L'antibiothérapie initiale était une bithérapie chez 25 patients. La ventilation mécanique était nécessaire chez 41 patients. Au cours du séjour, au moins une complication était survenue chez 28 patients, il s'agissait principalement d'une infection nosocomiale (17 malades). La médiane du séjour était à 11,3 jours et le taux de mortalité était de 52,2 %. Deux facteurs indépendants de risque de mortalité en réanimation ont été identifiés : l'infection nosocomiale (OR = 4,26 ; IC 95 % : [1,02–17,87] ; $p = 0,048$) et le recours à la ventilation mécanique (OR = 4,343 ; IC 95 % : [1,39–13,50] ; $p = 0,011$).

Conclusion : La PAC sévère des personnes très âgées est associée à une mortalité élevée. Le recours à la ventilation mécanique et la survenue d'une infection nosocomiale étaient les seuls facteurs indépendants de mauvais pronostic.

SP264

Colonisation/infection bactériennes des sujets âgés de 75 ans et plus admis en réanimation polyvalente

C. Chapon, A. Latoui, F. Maillard, M. Hira

Réanimation polyvalente, centre hospitalier, Châteauroux, France

Introduction : Notre département a une population âgée. Le dépistage des bactéries multirésistantes (BMR) à l'admission est systématique dans notre service de réanimation. Nous avons voulu étudier le taux de BMR chez nos patients âgés de 75 ans et plus et l'évolution de celui-ci durant leur hospitalisation.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude prospective, observationnelle, monocentrique, réalisée du 1^{er} janvier au 15 décembre 2011. Ont été inclus tous les patients admis, non décédés pendant les premières 24 heures et présentant au moins un acte marqueur de réanimation. Les variables relevées ont été des données démographiques, le statut nutritionnel (IMC, albuminémie, préalbuminémie, PINI), le statut fonctionnel, les antécédents, la durée de séjour, les données bactériologiques (écouvillons anal et nasal, ECBU, bactériospiration, LBA, hémocultures, culture extrémité des cathéters, redons), les décisions de LATAREA. Une comparaison univariée entre les patients ayant 75 ans et plus (âgés) et les plus jeunes a été effectuée par le test du Chi² ou le test *t* de Student.

Résultats : Deux cent quarante et un malades ont été inclus. Quarante-cinq sujets de 75 ans et plus ont participé à l'étude (36 femmes et 47 hommes). Cent quarante-huit patients avaient moins de 75 ans (56 femmes et 102 hommes). Les scores SOFA à j0 et j8, la durée moyenne de séjour, les décisions de LATAREA, l'IMC, l'albuminémie, le PINI, la préalbumine étaient non significatifs. Le statut nutritionnel était comparable entre les deux populations. Nos patients âgés avaient de façon significativement différente un ratio homme/femme, un ESA de stade C, un ADL supérieur ou égal à 5, le taux de chutes à six mois. Le taux de mortalité des patients âgés était de 41 versus 23 % pour les moins de 75 ans, *p* inférieur à 0,05. Le taux de portage de BMR dans notre recrutement atteint 18 % (20,5 % de BMR à j0 chez les âgés versus 17,7 % NS). Le nombre d'infectés à j0 de BMR est de 10,8 % chez les âgés versus 10,1 % NS). Les germes BMR retrouvés en colonisation à j0 étaient principalement du SARM (6 cas sur 16) et du *Pseudomonas aeruginosa* (5 cas/16). À j8, les BMR sont principalement du *P. aeruginosa* (8 cas sur 13). Le SARM prédomine à j0 aussi en cas d'infection. Par contre, le taux de patients infectés une deuxième fois atteint 32,5 % (27/83) chez les âgés versus 16,5 % (26/158), *p* inférieur à 0,05. Cette deuxième infection arrive entre le 11^e et le 13^e jour d'hospitalisation. Elle est principalement due à des germes BMR (13/20 chez les âgés versus 17/21 NS) dont huit *P. aeruginosa*.

Conclusion : Malgré un taux à 18 % de BMR à l'admission, il n'y a pas de différence de colonisation/infection selon l'âge des patients. Par contre, les âgés meurent plus et se surinfectent plus facilement. Un deuxième dépistage BMR anal et nasal à j10 de ces patients doit être réalisé dans notre service de façon systématique.

SP265

Insuffisance rénale aiguë chez les sujets âgés : un facteur pronostique très péjoratif en réanimation

L. de Laforcade, P. Delour, M. Saint Léger, S. Bedon-Cardé,

P.-H. Dessalles, Y. Monseau, L. Chimot

Service de réanimation polyvalente, centre hospitalier de Périgueux, Périgueux, France

Introduction : La survenue d'une insuffisance rénale chez un patient hospitalisé en réanimation constitue un facteur aggravant le pronostic global, mais ses conséquences n'ont pas été étudiées chez les patients âgés dont la proportion augmente en réanimation. Dans ce cadre, nous avons analysé le devenir des personnes de plus de 75 ans ayant eu une insuffisance rénale en réanimation.

Patients et méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective, monocentrique, visant à étudier la survie et le devenir rénal des patients de plus de 75 ans hospitalisés en réanimation du centre hospitalier de Périgueux entre le 1^{er} juin 2011 et le 29 février 2012. Ces patients furent classés en trois groupes : pas d'insuffisance rénale aiguë durant le séjour en réanimation (groupe 1), insuffisance rénale aiguë acquise en réanimation (définie par les critères AKIN 1, 2 ou 3) sans épuration extrarénale initiée en réanimation (groupe 2), épuration extrarénale durant le séjour (groupe 3). Les données démographiques standard, les antécédents, les paramètres clinico-biologiques d'entrée, la nécessité d'une intubation, de ventilation non invasive, de l'utilisation d'amines vasopressives ou la survenue d'un choc, l'initiation d'une épuration extrarénale, son type et son indication furent collectés. Le devenir des patients après l'hospitalisation fut récupéré avec contact des médecins traitants de chaque patient. Les informations demandées portaient sur la survie, l'existence d'une insuffisance rénale après l'hospitalisation et les dosages de créatinine réalisés après la sortie. Cette étude a reçu un avis favorable du comité d'éthique de l'établissement.

Résultats : Cent un patients furent inclus : 44 hommes et 57 femmes. Il y avait 46 patients dans le groupe 1, 42 dans le groupe 2 et 12 dans le groupe 3. Quatre pour cent d'entre eux présentaient une insuffisance rénale chronique, 18,8 % un diabète (pas de différence entre les trois groupes). Le score IGS II moyen était de 53 (groupe 1 : 44 ; groupe 2 : 60, groupe 3 : 62 ; *p* < 0,05 entre le groupe 1 et les deux autres groupes). La survenue d'un choc à l'admission ou durant l'hospitalisation était plus fréquente dans le groupe 3 que dans les groupes 1 (83 vs 28,2 % ; *p* < 0,05) ou 2 (45,2 % ; *p* < 0,05). La mortalité à j28 était différente dans les trois groupes (groupe 1 : 21,7 % ; groupe 2 : 39,5 % ; groupe 3 : 66,7 % ; *p* < 0,01). Les médianes de survie à six mois étaient également différentes dans les trois groupes (groupe 1 : 182 jours, groupe 2 : 66 jours, groupe 3 : 9 jours ; *p* < 0,01) (Fig. 1). La créatininémie dosée entre trois et six mois après l'hospitalisation différait significativement (groupe 1 : 8,9 mg/l ; groupe 2 : 11,9 mg/l ; groupe 3 : 10,1 mg/l ; *p* < 0,05) ainsi que le DFG calculé en MDRD (groupe 1 : 87 ml/min ; groupe 2 : 71 ml/min ; groupe 3 : 78 ml/min ; *p* < 0,05). Aucun des patients des trois groupes n'était dialysé après son hospitalisation en réanimation. Il n'y avait pas non plus de suivi par un néphrologue (Fig. 1).

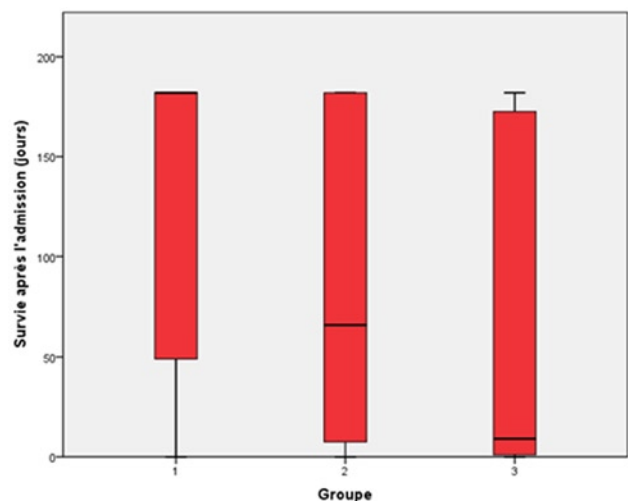


Fig. 1. Médianes de survie dans les trois groupes

Conclusion : L'insuffisance rénale aiguë est responsable d'une surmortalité chez les patients de plus de 75 ans hospitalisés en réanimation, particulièrement lorsque l'épuration extrarénale est nécessaire. Les patients n'ont pas été suivis par un néphrologue après leur hospitalisation, même lorsque le recours à l'épuration extrarénale semblait

nécessaire. Cela peut s'expliquer d'une part par la faible offre de soin néphrologique en Dordogne (trois néphrologues sur le département), et d'autre part par l'absence d'insuffisance rénale séquellaire dans la majorité des cas. Ce dernier résultat est à confirmer par des études de plus grande ampleur dans d'autres centres.

Bibliographie

1. Clec'h C, Gonzalez F, Lautrette A, et al (2011) Multiple-center evaluation of mortality associated with acute kidney injury in critically ill patients: a competing risks analysis. *Crit Care* 15:R128
2. Hoste EA, De Corte W (2012) AKI patients have worse long-term outcomes, especially in the immediate post-ICU period. *Crit Care* 16:148

SP266

Pronostic vital et rénal des patients âgés hémodialysés en réanimation

M. Commereuc¹, J.-F. Soubirou², A. Constan³, I. Bourgeon-Ghittori³, F. Schortgen³

¹Réanimation médicale, CHU Henri-Mondor Créteil, Paris, France

²Service de réanimation médicale et infectieuse,

CHU Bichat-Claude-Bernard, Paris, France

³Service de réanimation médicale, CHU Henri-Mondor, Créteil, France

Introduction : Une agression rénale aiguë augmente le risque d'insuffisance rénale chronique (IRC). Le pronostic rénal pourrait être plus péjoratif chez les patients âgés au capital néphronique diminué.

Patients et méthodes : De 2005 à 2011, 86 patients de 80 ans ou plus ont été traités par hémodialyse intermittente (HDI) dans notre service. Le pronostic vital et rénal à la sortie de l'hôpital, la sévérité et la tolérance des HDI ont été prospectivement recueillis. Le pronostic des patients âgés a été comparé aux patients de moins de 80 ans traités par HDI durant la même période.

Résultats : Le Tableau 1 indique les caractéristiques des patients âgés traités par HDI. Les résultats sont exprimés en pourcentage de patients ou en médiane (IQR).

Tableau 1. Caractéristiques des patients âgés traités par HDI	
	Patients de 80 ans ou plus (n = 86)
Âge, ans	83 (81–85)
Dialyse chronique, n (%)	17 (20)
IRC avec suivi néphrologique, n (%)	18 (21)
Créatinine de base, $\mu\text{mol/l}$	250 (163–309)
IRC connue sans suivi néphrologique, n (%)	33 (38)
Créatinine de base, $\mu\text{mol/l}$	117 (96–130)
Pas d'IRC, n (%)	3 (4)
Fonction rénale de base inconnue, n (%)	15 (17)
Motif d'admission en réanimation	
Choc septique-sepsis sévère, n (%)	38 (44)
Autres chocs	28 (32)
SAPS à l'admission, points	60 (50–77)
Ventilation mécanique au début de l'HDI, n (%)	55 (64)
Catécholamine au début de l'HDI, n (%)	51 (59)
Mortalité en réanimation/à l'hôpital	42/56 %

Après ajustement, le SAPS (OR : 1,03 ; IC 95 % : [1,01–1,07]) et l'intolérance hémodynamique de la première HDI [3,7 (1,2–11,6)] étaient associés à une surmortalité. À la sortie de l'hôpital, le statut des 69 patients âgés sans hémodialyse chronique (HDC) à l'admission était : 60 % décédés, 26 % vivants sevrés de l'hémodialyse (HD) et

14 % vivants dépendant de l'HDC. Les patients sevrés de l'HD avaient une créatinine plus élevée après leur séjour que leur créatinine de base : 150 (96–200) vs 114 (92–120) $\mu\text{mol/l}$, $p = 0,02$. À la sortie de l'hôpital, le statut des 360 patients de moins de 80 ans, sans HDC à l'admission était : 62 % décédés, 35 % vivants sevrés de l'HD et 3 % vivants dépendants de l'HDC ($p < 0,01$ vs ≥ 80 ans).

Conclusion : Le pronostic vital des patients de 80 ans ou plus traités par HDI en réanimation est comparable à celui des plus jeunes. Le pronostic rénal semble plus défavorable, 11/28 (39 %) des survivants restant dépendants d'une HDC.

SP267

Impact de l'âge sur la charge en soins en réanimation

T. Khouri¹, A. Kabeshova², O. Beauchet², A. Mercat³, N. Lerolle³

¹Département d'anesthésie et réanimation, CHU d'Angers,

Angers, France

²Gériatrie, CHU d'Angers, Angers, France

³Service de réanimation médicale et de médecine hyperbare, CHU d'Angers, Angers, France

Introduction : L'âge avancé n'est pas dans les études observationnelles récentes un obstacle au bénéfice des soins de réanimation sur la survie à court terme. Les patients âgés sont donc de plus en plus fréquemment admis dans ces services. L'impact de l'admission de ces personnes sur la charge en soins, en comparaison avec des patients plus jeunes, n'a pas été évalué. Pour répondre à cette question, nous avons comparé la charge en soins (mesurée par le score OMEGA) entre une population de patients âgés de 75 ans et plus avec une population de patients plus jeunes. Nous avons considéré le ratio entre la charge en soins cumulée de tous les patients décédés et survivants, et le nombre de patients survivants, afin de décrire la charge en soins « par survivant » (OMEGA/s).

Patients et méthodes : La base de données hospitalières, des 2 225 patients admis dans le département de réanimation médicale et de médecine hyperbare du CHU d'Angers au cours des années 2009 et 2010, a été utilisée pour cette étude. Dans notre service, l'index de gravité simplifié 2 (IGS2), le score OMEGA, les durées de ventilation mécanique, d'épuration extrarénale sont calculés pour chaque patient de manière prospective dans le cadre du codage de l'activité. De plus, pour cette étude, l'ensemble des comptes rendus d'hospitalisation a été relu pour classer chaque patient dans l'une des neuf catégories diagnostiques décrivant le motif principal du recours à la réanimation : arrêt cardiaque réanimé, choc septique, choc non septique, insuffisance respiratoire aiguë sur chronique, insuffisance respiratoire aiguë, intoxications, troubles neurologiques, insuffisance rénale et troubles métaboliques, autres.

Résultats : Dans notre étude, 1 645 patients ont moins de 75 ans (âge moyen : 52 ± 15) et 586 patients de 75 ans et plus (âge moyen : 81 ± 4 ans). L'IGS2 délesté des points dévolus à l'âge (IGS2 sans l'âge) est plus élevé chez les patients de 75 ans et plus par rapport aux patients de moins de 75 ans ($33,1 \pm 18$ vs $29,6 \pm 19$; $p < 0,001$). Les patients âgés bénéficient plus souvent de ventilation mécanique (75 vs 66 % ; $p < 0,01$) et d'épuration extrarénale (14 vs 10 % ; $p < 0,01$). Les patients âgés décèdent plus en réanimation (18 vs 30 % ; $p < 0,001$). L'écart se creuse si on considère la mortalité hospitalière (20 vs 38 % ; $p < 0,01$). L'OMEGA moyen n'est pas différent entre les deux groupes (114 ± 141 vs 106 ± 168 ; $p = 0,23$), malgré une durée de séjour en réanimation plus élevée chez les patients âgés (7 ± 8 vs 6 ± 9 jours ; $p = 0,04$). En revanche, l'OMEGA rapporté au nombre de survivants en réanimation (OMEGA/s réa) est plus élevé chez les patients âgés par rapport aux plus jeunes (165 vs 129 ; $p < 0,001$), soit une différence de 27 %. Cette différence est encore plus élevée lorsque la mortalité hospitalière est considérée (OMEGA/s hop) : 186 vs 133 ; $p < 0,001$, soit une différence de 39 %. En l'absence de différence sur l'OMEGA moyen par patient entre

les deux classes d'âge, les différences d'OMEGA par survivant s'expliquent donc principalement par la surmortalité des patients de 75 ans et plus. Les différences d'OMEGA/s ont été étudiées par strate d'IGS2 sans l'âge (IGS2 < 20, 20–39, 40–59, 60–79, > 80) : l'OMEGA/s réa est significativement plus élevé chez les patients de 75 ans et plus pour les trois premières strates d'IGS2 (avec une différence en proportion d'autant moins importante que l'IGS2 s'élève), la différence n'est plus significative pour les deux strates les plus élevées. Les résultats sont identiques avec la mortalité hospitalière (OMEGA/s hop). Les différences d'OMEGA/s réa entre les deux classes d'âge varient selon la catégorie diagnostique. L'OMEGA/s réa est plus élevé chez les patients âgés pour les diagnostics : insuffisance respiratoire aiguë sur chronique, choc non septique, troubles neurologiques, « autres ». À l'inverse, les diagnostics insuffisance respiratoire aiguë et insuffisance rénale aiguë, troubles métaboliques engendrent un OMEGA/s réa plus élevé chez les patients jeunes. Les autres catégories diagnostiques ne présentent pas de différence. En considérant la mortalité hospitalière, des résultats identiques sont observés sauf pour la catégorie des arrêts cardiaques réanimés où l'OMEGA/s réa des patients âgés devenait très supérieur à celui des plus jeunes (610 vs 402, $p < 0,001$, soit un excès de 51 %).

Conclusion : Dans cette étude, malgré une gravité initiale (IGS2 sans l'âge) et une durée de séjour supérieure chez les patients âgés de 75 ans et plus par rapport aux moins de 75 ans, la charge en soins cumulée moyenne n'est pas différente. La mortalité plus élevée des patients âgés entraîne une différence significative de la charge en soins rapportée au nombre de survivants. La différence d'OMEGA/s est d'autant plus forte que la gravité initiale est faible et disparaît pour les niveaux de gravité élevés. La différence d'OMEGA/s est également variable selon le diagnostic initial.

SP268

Facteurs prédictifs de décès des patients très âgés dans un service de réanimation tunisien

I. Ben Saida, I. Chouchène, J. Ayachi, A. Farjallah, K. El Hmidi, S. Bouchoucha

Service de réanimation médicale, hôpital Farhat-Hached, Sousse, Tunisie

Introduction : La part des patients âgés et très âgés dans le recrutement des services de réanimation tunisiens est en progression constante, mais se heurte à une capacité en lits insuffisante et/ou à des refus d'admission implicitement motivés par une forte mortalité. Le but du travail est d'identifier les facteurs décisifs de cette lourde mortalité susceptibles de constituer une base de critères de non-admission en réanimation.

Patients et méthodes : L'étude réalisée au service de médecine intensive du CHU Farhat-Hached de Sousse a porté sur 203 patients très âgés (≥ 80 ans) recrutés de janvier 2000 à décembre 2009 (7,1 % des admissions annuelles moyennes). L'analyse rétrospective des dossiers a recueilli chez chaque patient les éléments démographiques (âge, sexe), la nature des comorbidités, leur retentissement sur l'état de santé basal (score de Knaus, échelle de Mac Cabe) et les caractéristiques de l'épisode aigu ayant justifié l'admission en réanimation : étiologie, gravité globale (SAPS II, APACHE II et MPM à l'admission), degré d'altération des fonctions circulatoires, respiratoire, rénale et neurologique, nécessité de moyens invasifs (ventilation mécanique, épuration extrarénale...). La recherche de liens entre les paramètres recueillis et la survenue de décès a été effectuée par analyses uni- et multivariées.

Résultats : En analyse univariée : la lourde mortalité des patients de cette série (61,5 %) se révèle significativement liée : 1) au retentissement physiologique (score de Knaus) des comorbidités plus qu'à leur nature ($p = 0,045$) ; 2) à la gravité globale (SAPS II, APACHE II, MPM à l'admission) et au degré d'altération des fonctions vitales,

circulatoire et rénale en particulier ($p < 0,001$). Par contre, l'âge, l'étiologie de l'épisode aigu et l'usage de moyens invasifs ne semblent pas déterminants dans la survenue de décès. L'analyse multivariée met plus particulièrement en évidence le poids des détresses respiratoires sévères (OR : 2,5 ; IC 95 % : [1,31–4,87]), de l'insuffisance rénale aiguë (OR : 2,46 ; IC 95 % : [1,27–4,76]) et de l'usage d'inotropes (OR : 4,04 ; IC 95 % : [2,1–7,75]) vis-à-vis d'une évolution fatale.

Conclusion : Les décès des patients très âgés en réanimation sont plus liés à leur état physiologique antérieur et à leur gravité initiale qu'à leur âge, à l'étiologie de l'épisode aigu ou à la nécessité de moyens invasifs. Ces données sont à prendre en compte dans la décision d'admission en réanimation.

SP269

Évolution démographique des patients hospitalisés en réanimation tunisienne : interrogation d'une base de données

F. Dachraoui, S. Ben Abdallah, I. Ouanes, Z. Hammouda, N. Tilouche, Y. Messaoudi, M. Khelif, I. Mechri, L. Ouanes Besbes, F. Abroug
Service de réanimation polyvalente, hôpital Fattouma-Bourguiba, Monastir, Tunisie

Rationnel : En près de deux décennies, un changement perceptible a probablement eu lieu en ce qui concerne la gravité des patients admis en réanimation, et leur pronostic. Cela est probablement lié au vieillissement de la population en général, à une plus grande fréquence des comorbidités, et à un *lead time bias* après la mise en place d'un service mené par des réanimateurs.

Le but de cette étude : Décrire les variations démographiques des patients admis en réanimation sur une période de 15 ans.

Patients et méthodes : Étude sur une base de données couvrant 15 ans d'exercice de notre service. Les données démographiques des patients admis, le diagnostic principal, la gravité évaluée par le SAPS II et la mortalité prédite ont été comparés sur trois périodes d'exercice.

Résultats : Sur la période 1996–2010, les données colligées ont concerné 4 293 patients consécutifs admis en réanimation médicale. Trois périodes de cinq ans chacune ont été analysées. La Figure 1 montre l'évolution des médianes d'âge, SAPS II et mortalité prédite sur les trois périodes. La mortalité était sensiblement la même sur chacune des trois périodes avoisinant la moyenne globale de 25 %.

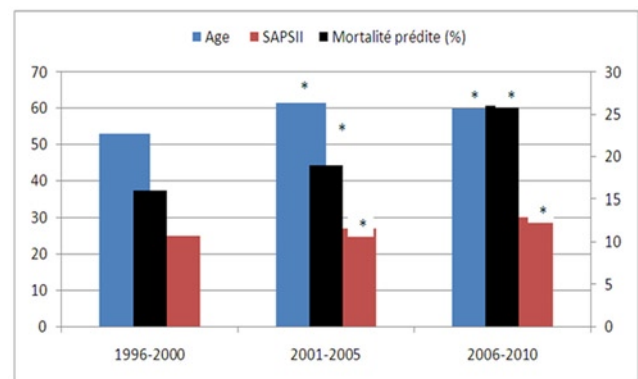


Fig. 1. Évolution de l'âge, de la gravité et de la mortalité prédite des patients

Conclusion : Cette étude confirme l'augmentation progressive de la gravité des patients admis dans notre service, pour une mortalité observée qui demeure non changée.