

Sevrage de la ventilation mécanique (1)

Weaning of mechanical ventilation (1)

© SRLF et Springer-Verlag France 2013

SO085

Il faut abandonner le test de fuite pour le dépistage de la dyspnée laryngée postextubation

D. Schnell¹, B. Planquette², A. Berger¹, S. Merceron³, J. Mayaux⁴, M. Darmon⁵, L. Strasbach¹, S. Legriel², E. Azoulay⁶, F. Meziani¹

¹Service de réanimation médicale, CHU de Strasbourg, hôpital Civil, Strasbourg, France

²Réanimation polyvalente, CH de Versailles, site André-Mignot, Le Chesnay, France

³Service de réanimation médicale, CHU Saint-Louis, AP-HP, Paris, France

⁴Service de pneumologie et réanimation médicale, CHU La Pitié-Salpêtrière, Paris, France

⁵Réanimation médicale, CHU de Saint-Étienne, hôpital Nord, Saint-Priest-en-Jarez, France

⁶Service de réanimation médicale, CHU Saint-Louis, Paris, France

Introduction : Le test de fuite est la référence pour le dépistage des patients à risque de dyspnée laryngée post-extubation [1]. Aucune validation des différentes techniques proposées n'a cependant été réalisée. L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la performance diagnostique respective de quatre méthodes de réalisation du test de fuite afin de prédire une dyspnée laryngée post-extubation chez les patients de réanimation.

Patients et méthodes : Étude prospective multicentrique de soins courants ayant reçu l'autorisation du CPP IX Île de France. Les patients extubés pour la première fois de mai 2012 à avril 2013 dans l'un des cinq services participants ont été inclus. Les patients ayant une pathologie obstructive des voies aériennes supérieures déjà connue, ayant déjà eu un épisode de sevrage préalable, et ceux pour lesquels une décision de ne pas ré-intuber avait été prise étaient exclus. Un test de fuite était réalisé par un investigateur indépendant du soin selon quatre méthodes différentes : test 1 qualitatif en VAC — fuite audible

ou non —, test 2 quantitatif en VAC — volume de fuite > 110 mL —, test 3 qualitatif en VS sur tube en T — fuite audible ou non — et test 4 à la toux en VS sur tube en T — fuite audible ou non —. Les patients avec dyspnée laryngée post-extubation étaient comparés à ceux sans dyspnée laryngée.

Résultats : Parmi les 362 patients inclus, 215 (59 %) étaient des hommes âgés de 60 (47-76) ans. Les scores IGSI et SOFA à l'admission étaient respectivement de 51 (41-63) et de 8 (5-10). La raison d'admission en réanimation était une pathologie médicale pour 333 (92 %) patients. L'intubation était toujours réalisée par voie orotrachéale, avec curares chez 318 (87,8 %) patients, en réanimation chez 168 (46,5 %), par un opérateur junior chez 189 (52,2 %) et classée difficile chez 47 (13 %). La taille médiane de la sonde était de 7,5 (7,5-8) mm. Au moment de l'extubation, 66 (18,2 %) patients avaient reçu une corticothérapie (systémique n = 55 et inhalée n = 11). La durée médiane de ventilation avant l'extubation était de 5 (2-9) jours et un épisode d'auto-extubation était rapporté chez 9 (2,4 %) patients. 34 (9,3 %) patients étaient réintubés après le premier épisode suivant l'extubation et les durées médianes totale de ventilation et de séjour en réanimation étaient respectivement de 5 (2-9) et de 8 (4-14) jours. 24 (6,6 %) patients décédaient en réanimation. Une dyspnée laryngée post-extubation était retrouvée chez 34 (9,4 %) patients et entraînait la réintubation chez 6 (1,6 %) d'entre eux. La raison d'admission, la sévérité initiale, les conditions d'intubation, la durée de ventilation avant extubation, la fréquence d'auto-extubation et le recours à une corticothérapie étaient comparables dans les deux groupes. Les patients avec dyspnée laryngée avaient des durées de ventilation totale (6 [3-13] vs 5 [2-9] jours ; $p = 0,028$) et de séjour en réanimation (12 [6-18] vs 8 [4-13] jours ; $p = 0,018$) prolongées mais une mortalité en réanimation comparable à celle des patients sans dyspnée (1 [3 %] vs 23 [7 %] ; $p = 0,6$).

Les performances des quatre méthodes de test pour le diagnostic de dyspnée laryngée post-extubation sont rapportées dans le tableau suivant :

	Sensibilité	Spécificité	Rapport de vraisemblance positive	Rapport de vraisemblance négative	VPP	VPN
Test 1	27 % [13-44 %]	88 % [84-91 %]	2,16	0,84	18 %	92 %
Test 2	46 % [28-64 %]	70 % [64-75 %]	1,5	0,78	13 %	93 %
Test 3	35 % [20-54 %]	80 % [76-84 %]	1,78	0,81	15 %	93 %
Test 4	29 % [14-48 %]	85 % [80-89 %]	1,88	0,84	17 %	92 %

Conclusion : Dans cette cohorte prospective multicentrique de patients évalués par un test de fuite lors de leur première extubation, les différentes méthodes de réalisation du test de fuite ont toutes une performance médiocre et sont peu discriminantes pour le diagnostic de dyspnée laryngée post-extubation. Dans le cas de sa réalisation systématique, la très faible valeur prédictive positive de ce test

pourrait exposer un nombre important de patients aux risques indus d'une ventilation mécanique prolongée. Bien qu'élevée, la valeur prédictive négative de ces tests n'est que le reflet de la faible incidence de la dyspnée laryngée et non de la performance du test. Ainsi, ces données suggèrent que la réalisation systématique des tests de fuite devrait être abandonnée.

Remerciements

Les auteurs remercient l'ADIRAL, Association d'Aide aux Traitements à Domicile, pour le soutien financier apporté à cette étude

Référence

- XXI^e Conférence de consensus en réanimation et médecine d'urgence de la SRLF : Sevrage de la ventilation mécanique. 2001

SO086

La SCVO₂ prédit-elle le devenir de l'épreuve de sevrage de la ventilation mécanique ?

S. Dalla Ayed, R. Atig, H. Ben Sik Ali, N. Tilouche, Y. Touil, S. Ayed, O. Jawed, R. Gharbi, M. Fekih Hassen, S. Elatrous
Service de réanimation médicale, CHU Taher-Sfar-Mahdia, Mahdia, Tunisie

Introduction : Le sevrage de la ventilation mécanique provoque une augmentation de la precharge, la postcharge ventriculaire gauche et majore la VO₂. L'intérêt de mesurer la SCVO₂ dans la prédiction de l'épreuve de sevrage est peu étudié. L'objectif de cette étude est de déterminer si SCVO₂ est prédictive du devenir du sevrage de la ventilation mécanique.

Patients et méthodes : C'est une étude prospective réalisée dans le service de réanimation médicale de l'hôpital Taher Sfar de Mahia entre la période Juin 2011 et Avril 2013. Tous les patients ayant un cathéters jugulaire et répondant aux critères de sevrage étaient inclus dans l'étude. L'épreuve de sevrage est réalisée sur une pièce en T. La durée de l'épreuve de sevrage est de deux heures. Les paramètres recueillis étaient : Les caractéristiques démographiques, le motif d'hospitalisation et de ventilation mécanique, le score de SAPSII, les valeurs de SCVO₂ à T0mn, T30mn, T60mn, T120, et au moment d'échec de l'épreuve de sevrage, la cause d'échec de sevrage, la durée de ventilation mécanique et la durée de séjour.

Résultats : Soixante-quatre patients d'âge moyen 67 ± 17 ans, à prédominance masculine et avec un SAPSII moyen 40 ± 16, étaient inclus dans l'étude. L'insuffisance respiratoire aiguë était le motif le plus fréquent d'hospitalisation (75 %) et de ventilation mécanique. Le taux d'échec de sevrage était de 16 %. Les causes d'échec de sevrage étaient : les troubles de la mécanique ventilatoire dans 75 % des cas et les poussées d'insuffisance ventriculaire gauche dans 25 % des cas. La valeur de la SCVO₂ à T0mn était significativement plus basse dans le groupe échec de sevrage (56 ± 5 vs 71 ± 6 ; p < 10⁻³). La différence entre SCVO₂ et la SCVO₂ avant l'arrêt de l'épreuve était significativement plus élevée dans le groupe échec de sevrage (11,4 ± 6 vs 5,8 ± 5) p = 0,002. Le pourcentage de la variation de la SCVO₂ était significativement plus important dans le groupe échec (18,5 ± 11 % vs 9,4 ± 7,8 ; p : 0,002). En analyse multivariée La SCVO₂ à T0mn était un facteur prédictif d'échec de l'épreuve de sevrage (OR = 2,1 ; IC 95 % : (1,2–2,45) ; p : 0,002).

Conclusion : La valeur de la SCVO₂ est un facteur prédictif d'échec de l'épreuve de sevrage. La recherche d'une valeur seuil pour débiter le sevrage pourrait être très intéressante.

SO087

Extubation au bloc opératoire après transplantation bipulmonaire

B. Zuber, J. Devaquet, M.L. Felten, A.G. Si Larbi, F. Parquin
Groupe de transplantation pulmonaire, hôpital Foch, Suresnes, France

Introduction : Le sevrage ventilatoire précoce au décours de la transplantation pulmonaire est un objectif important de la prise en charge

périopératoire. L'extubation au bloc opératoire a déjà été décrite en transplantation pulmonaire essentiellement monopulmonaire. Peu d'études ont évalué le devenir et les facteurs associés à l'échec d'une extubation au bloc opératoire.

Patients et méthodes : Étude observationnelle monocentrique rétrospective analysant toutes les transplantations pulmonaires réalisées entre février 2008 et juillet 2012. Les patients ont été répartis en deux groupes : les patients extubés au bloc opératoire et ceux ayant une extubation différée. Les critères d'extubation au bloc opératoire définis par un protocole étaient : un rapport PaO₂/FiO₂ > 300 en fin d'intervention, une normothermie, une hémodynamique contrôlée (noradrénaline < 2 mg/h et lactates < 3 mmol/L) et pas d'hémorragie extériorisée (Hb > 10 g/dL). Une ventilation non invasive était systématiquement débutée dès l'extubation et sevrée progressivement en réanimation.

Résultats : Parmi les 195 patients transplantés sur la période étudiée, 71 patients (36 %) ont été extubés au bloc opératoire. Il n'y a pas de différence concernant les caractéristiques préopératoires des deux groupes de patients : la pathologie respiratoire causale principale est la mucoviscidose (> 50 %) et la majorité des patients ont bénéficié d'une transplantation bipulmonaire (> 90 %). Les patients extubés au bloc opératoire ont plus souvent eu une analgésie avec une péridurale thoracique (87,7 et 65 % respectivement p = 0,001), ont moins nécessité d'un support par circulation extracorporelle per opératoire (13,7 et 64,2 % respectivement p < 0,001), et ont moins été transfusés en culots globulaires (p = 0,001). En post opératoire, les patients extubés au bloc opératoire ont présenté moins de dysfonction primaire du greffon (DPG) de grade 2 et 3 (p < 0,001) et leur durée d'hospitalisation en réanimation est significativement plus courte (p < 0,001). Il n'y a en revanche pas de différence ni sur l'incidence de pneumonies nosocomiales (31,6 et 44,7 % respectivement p = 0,10) ni sur la mortalité hospitalière (9,7 et 19,7 % respectivement p = 0,11). Parmi les 71 patients extubés au bloc opératoire, 11 (15,5 %) ont nécessité d'être réintubés. Le délai médian avant la réintubation est de 4 jours et les motifs de réintubation sont une insuffisance respiratoire aiguë dans 8 cas (72 %), une complication chirurgicale précoce dans 2 cas (18 %) et un état de mal convulsif dans 1 cas (9 %). Chez les patients extubés au bloc opératoire, un rapport PaO₂/FiO₂ bas à l'admission en réanimation est le seul facteur associé à une réintubation (p < 0,001).

Conclusion : L'extubation au bloc opératoire après transplantation bipulmonaire est réalisable dans de bonnes conditions grâce à une anesthésie adaptée (péridurale thoracique) et en évaluant systématiquement les conditions d'extubation en fin d'intervention. Elle permet notamment de réduire la durée de séjour en réanimation et de débiter une réhabilitation plus précoce.

SO088

Évaluation du « ProVent » score : étude rétrospective multicentrique régionale

G. Leroy¹, F. Lambiotte², D. Thevenin³, P. Devos⁴, O. Leroy⁵

¹Anesthésie-réanimation cardiovasculaire, CHRU de Lille, hôpital cardiologique, Lille, France

²Service de réanimation polyvalente, CH de Sambre Avesnois, Maubeuge, France

³Service de réanimation polyvalente, CH de Lens, Lens, France

⁴Département de biostatistiques, CHRU de Lille, Lille, France

⁵Service de réanimation médicale et infectieuse, CH de Tourcoing, Tourcoing, France

Introduction : Une ventilation mécanique prolongée est définie comme durant au moins 21 jours. En l'absence d'études

multicentriques utilisant cette définition, la National Association for Medical Direction of Respiratory Care estime que 3 à 7 % des patients ventilés le sont de façon prolongée. Il est estimé qu'en 2020 aux USA plus de 600 000 patients bénéficieront en réanimation d'une ventilation mécanique de plus de 96 heures. A cette date, le nombre de patients américains relevant annuellement d'une ventilation mécanique prolongée serait donc compris entre 18 000 et 42 000. Les patients ayant une ventilation mécanique prolongée ont souvent d'importantes séquelles fonctionnelles ainsi qu'une mortalité à un an élevée. Les scores de gravité habituels ne permettent pas de fixer le pronostic à long terme de ces patients. L'objectif principal de cette étude était d'évaluer le « ProVent » score. L'objectif secondaire de cette étude était de rechercher un critère clinique ou paraclinique d'entrée en réanimation prédictif de la mortalité à un an.

Matériels et méthodes : Étude rétrospective, multicentrique, menée du 1^{er} Janvier 2009 au 31 Décembre 2011 dans 3 services de réanimation avec un suivi de 1 an après la sortie de réanimation. Étaient inclus les patients hospitalisés en réanimation et ayant bénéficié d'une ventilation mécanique d'une durée d'au moins 21 jours. Les critères d'exclusion étaient un âge inférieur à 18 ans, un antécédent de pathologie neuromusculaire aiguë ou chronique (Guillain-Barré, myasthénie, dystrophie musculaire), une admission en réanimation pour des brûlures étendues, une ventilation mécanique chronique de plus de 7 jours avant l'admission en réanimation. Le critère de jugement principal était la mortalité observée à un an. Conformément à la loi française, le recueil du consentement des patients n'a pas été nécessaire pour la réalisation de cette étude. Le « ProVent » score était déterminé à partir de 4 variables recueillies au 21^e jour de ventilation mécanique : l'âge, la numération plaquettaire, l'administration d'amines vasopressives, la nécessité d'une épuration extrarénale.

Résultats : Un total de 201 patients a été inclus avec un âge moyen de 64 ± 14 ans et un sex-ratio H/F de 2,1. Le motif d'admission était médical dans 74 % des cas. Des comorbidités étaient retrouvées chez 89 % des patients ($n = 179$ patients). Environ la moitié des patients avaient un état de santé antérieur de grade B ($n = 73$ patients) ou de grade C ($n = 64$ patients) selon la classification de Knaus. À l'entrée en réanimation, le score SAPS II moyen était de 51 ± 17 points (min. : 13 ; max. : 111) et le SOFA moyen était de 9 ± 4 (min. : 0 ; max. : 22). La durée moyenne de ventilation mécanique était de 37 ± 20 jours, avec la réalisation d'une trachéotomie dans 30 % des cas ($n = 61$ patients) et avec 7 % des patients ($n = 14$) dépendants d'une ventilation mécanique à la sortie de réanimation. La durée moyenne de séjour en réanimation était de 41 ± 21 jours. L'évolution a été marquée par le décès du patient en réanimation dans 41 % des cas ($n = 83$ patients). Une décision de limitation et d'arrêt des thérapeutiques a été prise chez 71 des 83 patients décédés. La durée moyenne de survie après la sortie de réanimation était de 190 ± 289 jours. La mortalité à un an chez les patients ayant un « ProVent » score > 2 était de 84 %. Pour des valeurs du « ProVent » score allant de 0 à 4 ou plus, les mortalités respectives dans notre étude et dans la série princeps étaient de 21 vs 20 % ($p = 0,9087$), 43 vs 36 % ($p = 0,2568$), 67 vs 56 % ($p = 0,0714$), 78 vs 81 % ($p = 0,6844$) et 94 vs 100 % ($p = 0,0521$). Un âge supérieur ou égal à 65 ans ($p = 0,0007$) et un état de santé antérieur altéré ($p = 0,0018$) étaient des facteurs de risque indépendants de mortalité à un an.

Conclusion : Le ProVent score est un outil simple, objectif et reproductible, identifiant chez les patients ventilés plus de 3 semaines ceux à haut risque de mortalité à un an.

SO089

Heterogeneity in the definition of mechanical ventilation duration and ventilator-free days

L. Contentin¹, S. Ehrmann², B. Giraudeau¹

¹Inserm, Umr-S 738, Paris, France

²Service de réanimation médicale, CHU de Tours, hôpital Bretonneau, Tours, France

Rationnel: Duration of invasive mechanical ventilation and ventilator-free days are commonly assessed outcomes in randomized clinical trials. Calculating these outcomes is complicated by patients who need several ventilation periods and/or die. We reviewed how duration of invasive mechanical ventilation and ventilator-free days are defined and how the heterogeneity in definition affects individual patient data.

Material and methods: We searched MEDLINE via PubMed with the keywords “mechanical ventilation” OR “ventilator free days” for reports of randomized controlled trials of adults in intensive care units published between January 01, 2000 and December 31, 2011 in 10 general and intensive care journals with a high impact factor. We excluded: reports of cross-over trials, cluster randomized trials, reports of trials for which the mean observed mechanical ventilation duration was < 48 hr, reports that evaluated non-invasive ventilation, and reports of post-hoc analyses or intermediate analyses.

Results: Among 128 identified reports, 104 (81%) used duration of mechanical ventilation as an outcome and 12 (11%) provided a definition (9 distinct definitions). Ventilator-free days were an outcome in 55 reports (43%); 34 (61%) provided a definition (12 distinct definitions). As an example, applying these different definitions to a patient who died before day 28 could lead to values as different as 4 to 12 days for duration of mechanical ventilation and 0 to 4 days for ventilator-free days. Observed heterogeneity to calculate the mechanical ventilation duration and ventilator-free days was due to: first, the measurement period of interest, specifying both the beginning event (randomization vs. intubation) and the end point day. Second, because a non-negligible proportion of intensive care unit patients require several mechanical ventilation episodes, the definition must specify whether any mechanical ventilation episode is taken into account (for the duration of mechanical ventilation calculation) and whether inter-mechanical ventilation episode periods are considered (for ventilator-free days calculation). Third, authors need to specify what is considered a successful extubation. Finally, for ventilator-free days, the definition should specify how dead patients are considered.

Discussion: For each trial, at the level of a trial, heterogeneity in definitions does not challenge the results. Indeed, internal validity is not questioned, provided the same definition is applied to the different groups. Nevertheless, if the assessed intervention does not allow for blinding, internal validity may be challenged because of the subjective nature of these outcomes. Moreover, if outcomes are a posteriori defined (rather than in the protocol), one cannot exclude a data oriented choice of definition (a form of selective reporting bias). However, the heterogeneity in definitions or even the absence of definition raises several concerns regarding external validity. Lack of a consensus definition for these outcomes has at least 2 consequences: (i) when planning a new trial, variables required for the sample size calculation are usually derived from previous studies, which suppose that the same outcome was assessed, (ii) meta-analyses aim to pool results from several independent studies, which implies that the same outcome was assessed in these studies. As far as we know, this point is rarely discussed, and heterogeneity in outcome definitions may affect the conclusions of meta-analyses.

Conclusion: Duration of mechanical ventilation and ventilator-free days outcomes are rarely precisely defined in reports of trials of adults in intensive care units, and definitions show great heterogeneity, thus

calling for an international expert-based work to define these outcomes. Standardization of these definitions is necessary to compare trial results and may also be developed for other “free-days” such as “vasopressor free-days”.

Bibliographie

1. Schoenfeld DA, Bernard GR (2002) Statistical evaluation of ventilator-free days as an efficacy measure in clinical trials of treatments for acute respiratory distress syndrome. *Crit Care Med* 30:1772–7
2. Rubenfeld GD, Angus DC, Pinsky MR, et al (1999) Outcomes research in critical care: results of the American Thoracic Society Critical Care Assembly Workshop on Outcomes Research. *Am J Respir Crit Care Med* 160:358–67

SO090

Premiers résultats d'une enquête observationnelle multicentrique sur l'épidémiologie du sevrage de la ventilation mécanique :

Weaning accordIng New Definition (WIND)

G. Beduneau¹, L. Piquilloud², E. Zogheib³, M. Jonas⁴, F. Grelon⁵, I. Runge⁶, N. Terzi⁷, S. Grangé⁸, G. Barberet⁹, P.G. Guitard¹⁰, F. Schortgen¹¹, J.-P. Frat¹², T. Pham¹³, J. Mancebo¹⁴, L. Brochard¹⁵, J.C.M. Richard¹⁶

¹Service de réanimation médicale, CHU de Rouen; *Upres Ea 3830, Rouen, France*

²Département de réanimation médicale et médecine hyperbare, CHU d'Angers, Angers, France

³Réanimation chirurgicale, CHU d'Amiens, hôpital Nord, Amiens, France

⁴Service de réanimation médicale polyvalente, CHU de Nantes, Hôtel-Dieu, Nantes, France

⁵Réanimation médocirurgicale, CH du Mans, Le Mans, France

⁶Service de réanimation polyvalente, CHR, hôpital de la Source, Orléans, France

⁷Service de réanimation médicale, CHRU de Caen, Inserm U1075, Caen, France

⁸Service de réanimation médicale, CHU de Rouen, Rouen, France

⁹Service de réanimation médicale, hôpital Émile-Muller, Mulhouse, France

¹⁰Réanimation chirurgicale, CHU de Rouen, Rouen, France

¹¹Service de réanimation médicale, CHU Henri-Mondor, Créteil, France

¹²Service de réanimation médicale, CHU de Poitiers, Poitiers, France

¹³Service de réanimation médoc-chirurgicale, CHU Tenon, Paris, France

¹⁴Service de réanimation polyvalente, hôpital Sant-Pau, Barcelone, Espagne

¹⁵Service de soins intensifs, University of Toronto and St Michael'S Hospital, Toronto, Canada, Toronto, Canada

¹⁶Service de soins intensifs, hôpitaux universitaires de Genève, Genève, Suisse

Introduction : Suite à la publication en 2007 d'une classification en trois groupes du sevrage de la ventilation mécanique [1] plusieurs études utilisant cette classification ont été menées sans toutefois être a priori destinées à évaluer le sevrage [2]. Les trois groupes sont le sevrage simple (Groupe 1), le sevrage difficile (Groupe 2) et le sevrage prolongé (Groupe 3). La pertinence de cette classification demeure incertaine. De plus, un groupe particulièrement important n'a pas été identifié, concernant les patients qui pourraient bénéficier de centres de sevrage et ainsi constituer un 4^e groupe.

Patients et méthodes : Étude observationnelle, prospective, multicentrique : un recueil des patients sous ventilation mécanique a été effectué durant trois mois via un registre électronique. Les services de réanimation participants, regroupés au sein du « Wind study group », ont été enrôlés via le réseau REVA. Il existait un relevé quotidien des modalités de ventilation et de la réalisation éventuelle d'une épreuve de sevrage. Ces patients sont ainsi classés dans l'un des trois groupes de sevrage. Des données supplémentaires ont été recueillies jusqu'à 60 jours après l'inclusion pour des patients présentant des caractéristiques prédéfinies définissant un sevrage compliqué : âge, sexe, antécédents principaux, motif principal d'hospitalisation en réanimation, dates d'intubation, d'extubation, de trachéotomie, de sevrage de la ventilation mécanique, de la décanulation, séjour hospitalier au décours de la réanimation, modalité ventilatoire à la sortie de l'hôpital.

Résultats : 36 centres, dont 5 hors de France, ont participé à l'enquête. 18 d'entre eux se trouvant au sein d'hôpitaux universitaires (dont 2 réanimations chirurgicales) et les 18 autres au sein d'hôpitaux généraux. 2 768 patients ventilés mécaniquement ont été inclus. Sous réserve d'une validation (90 % des données vérifiées), le groupe I comprend 1 032 patients (37 % de l'ensemble ou 67 % des patients sevrés et classés en l'un des trois groupes), le groupe II 368 patients (13 % de l'ensemble ou 24 % des patients sevrés et classés) et le groupe III 143 patients (5 % de l'ensemble ou 9 % des patients sevrés et classés). 1 225 (44 %) patients ne sont donc pas concernés par le sevrage selon les définitions retenues. L'analyse complète des données va permettre d'évaluer le pronostic des trois groupes et de rechercher la présence d'un quatrième groupe au sein du groupe III.

Conclusion : Cette enquête observationnelle prospective multicentrique de grande envergure avait pour objectif spécifique l'évaluation des groupes de sevrage. Ceci pourrait expliquer des résultats un peu différents de certaines études publiées. L'analyse des données complémentaires recueillies permettra de mieux connaître le parcours hospitalier des patients de sevrage complexe, et d'appréhender leurs besoins en termes de structures hospitalières.

Références

1. Boles JM, Bion J, Connors A, et al (2007) Weaning from mechanical ventilation. *Eur Respir J* 29:1033-56
2. Thille AW, Richard JC, Brochard L (2013) The decision to extubate in the intensive care unit. *Am J Respir Crit Care Med* 187:1294-302