

Prévalence du syndrome post réanimation au Burkina Faso

Prevalence of post-intensive care syndrome in Burkina Faso

Guibla I^{1*}, Belem PF², Traoré SIS³, Saouadogo WAD¹, Sawadogo AD¹, Savadogo JN¹, Ilboudo SC¹, Sanou FFR², Bonkougou P⁴, Kabore RAF², Traoré IA¹

1. Département d'anesthésie-réanimation et d'urgences du Centre Hospitalier Universitaire Sourô Sanou, Bobo Dioulasso, Burkina Faso
2. Département d'anesthésie-réanimation du Centre Hospitalier Universitaire de Tengandogo, Ouagadougou, Burkina Faso
3. Service d'anesthésie-réanimation du Centre Hospitalier Universitaire Bogodogo, Ouagadougou, Burkina Faso
4. Département d'anesthésie-réanimation du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou, Burkina Faso

Auteur correspondant : GUIBLA Ismaël, Email : ismaelguibla@gmail.com Tel : +22676135113

Résumé

Introduction : La constante progression des connaissances scientifiques, des traitements médicaux et des moyens techniques utilisés a permis l'augmentation de la survie des patients admis en réanimation au prix d'un séjour souvent prolongé. Cela s'accompagne d'une augmentation du risque de séquelles physiques, psychologiques ou cognitifs qui sont regroupés sous le terme de syndrome post réanimation (PICS). L'objectif de ce travail était de déterminer la prévalence du syndrome post réanimation au Burkina Faso. **Patients et méthode :** Il s'est agi d'une étude transversale, multicentrique à collecte prospective. Elle a inclus 112 patients âgés d'au moins 15 ans. Les données ont été collectées du 1^{er} mai au 31 octobre 2022 dans les quatre CHU adultes du pays. Les scores HADS-A, HADS-D, PTSS 10, le score de Barthel et le test de MoCa ont été les outils utilisés pour le diagnostic du PICS. **Résultats :** L'âge moyen était de $31,57 \pm 14,94$ ans avec une prédominance féminine (77,7%). Les urgences obstétricales représentaient le motif d'hospitalisation le plus fréquent avec 68%. La durée moyenne de séjour en réanimation était de 4 jours. Des signes d'anxiété et de dépression étaient présents respectivement chez 58,93% et 53,57% des patients. On retrouvait un syndrome de stress post-traumatique chez 25% des patients, des altérations de la fonction physique chez 88,5% des patients et des troubles cognitifs chez 76,4% des patients. Les facteurs associés à la survenue du PICS étaient la durée d'hospitalisation, le contexte chirurgical ainsi que la sédation et la ventilation mécanique au cours du séjour. **Conclusion :** Le PICS est une condition très fréquente qui atteint plus de 80% des patients sortie de réanimation. Au vu de son importance, sa prévention et la mise en place de consultations post-réanimation s'avèrent nécessaires pour une évaluation à distance. **Mots clés :** Syndrome post réanimation, réanimation, Burkina Faso

Abstract

Introduction: The constant progression of scientific knowledge, medical treatments, and technical means used has allowed an increase in the survival of patients admitted to intensive care at the cost of an often-prolonged stay. This is accompanied by an increased risk of physical, psychological, or cognitive after-effects which are grouped under the term post-intensive care syndrome (PICS). The objective of this work was to determine the prevalence of post-intensive care syndrome in Burkina Faso. **Patients and method:** This was a cross-sectional multicenter study with prospective collection. It included 112 patients aged at least 15 years. The data was collected from May 1 to October 31, 2022, in the four adult university hospitals in the country. The HADS-A, HADS-D, PTSS 10, Barthel score, and MoCa test were the tools used for the diagnosis of PICS. **Results:** The average age was 31.57 ± 14.94 years with a female predominance (77.7%). Obstetric emergencies represented the most frequent reason for hospitalization with 68%. The average length of stay in intensive care was 4 days. Signs of anxiety and depression were present in 58.93 and 53.57% of patients, respectively. Post-traumatic stress syndrome was found in 25% of patients, alterations in physical function in 88.5% of patients, and cognitive disorders in 76.4% of patients. The factors associated with the occurrence of PICS were the length of hospitalization, the surgical context, as well as sedation, and mechanical ventilation during the stay. **Conclusion:** PICS is a very common condition that affects more than 80% of patients. Given its importance, its prevention and the establishment of post-intensive care consultations are necessary for remote evaluation. **Keywords:** Post intensive care syndrome, Intensive care, Burkina Faso

Introduction : Les unités de soins intensifs et les services de réanimation prennent en charge les patients ayant des défaillances d'organes mettant en jeu le pronostic vital ou à risque élevé d'en développer. Il s'agit de soins lourds, répétés, ayant un coût pour le patient en termes d'inconfort physique et psychologique [1]. Même si la probabilité de décès après un séjour aux soins intensifs reste encore élevée avec une mortalité intra hospitalière de 15 à 20 %, la constante progression des connaissances scientifiques, des traitements médicaux et des moyens techniques utilisés a permis l'augmentation de la survie des patients admis en soins intensifs [2]. Cependant, cette amélioration implique souvent que le patient séjourne plus longtemps en soins intensifs. Cela s'accompagne d'une augmentation du risque de séquelles physiques, psychologiques ou cognitifs. Ces séquelles sont regroupées sous le terme de Syndrome Post Réanimation ou Post Intensive Care Syndrome (PICS) depuis 2010. Ce syndrome est défini comme un ensemble de troubles somatiques mais aussi psychologiques qui sont courants chez les patients qui survivent à une maladie grave et aux soins intensifs[3].

L'épidémiologie des troubles est variée selon les études. Pour ce qui concerne les troubles cognitifs une fourchette large de prévalence est retrouvée au cours de la première année allant de plus de 64 % à la sortie de l'hôpital, de 32 % à 57 % à six mois et plus de 30% à un an suivant les études[4-5]. Au niveau des troubles physiques, l'évaluation des capacités physiques en sortie de soins intensifs ne peut être totalement détachée du motif d'hospitalisation et du diagnostic retenu lors de l'hospitalisation [1]. L'essai "EDEN" a mis en évidence une fonction physique inférieure aux normes de la population générale [6]. Pour les altérations psychologiques les études se sont principalement intéressées à la dépression, l'anxiété et le syndrome post-traumatique. Une méta-analyse de 38 études a retrouvé 29 % de symptômes dépressifs à deux-trois mois, 34 % à six mois et 29 % à 12-14 mois [7]. Une autre méta-analyse plus axée sur l'anxiété en sortie de soins intensifs portant sur 27 études a retrouvé des symptômes d'anxiété allant de 5 % à 73 % suivant les études [4]. En 2015 une méta-analyse portant sur le stress post-traumatique en sortie de soins intensifs retrouvait entre un et six mois une prévalence de 25 % et 44 % et entre 7 et 12 mois une prévalence de 17 % et 34 % [8]. L'ensemble de ces troubles impactent sur la qualité de vie des patients. Les proches des patients hospitalisés en réanimation sont aussi affectés. Des symptômes d'anxiété, de dépression ou de stress chez ces aidants ont ainsi été décrits [9]. En Afrique, il existe très peu de données sur la vie après

réanimation. L'objectif de ce travail était de déterminer la prévalence du PICS au Burkina Faso. **Méthodologie :** Il s'est agi d'une étude transversale multicentrique dans quatre Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) de la ville de Ouagadougou et de Bobo Dioulasso. Les services de réanimation adulte des CHU Yalgado Ouédraogo (CHU-YO), de Bogodogo (CHU-B), de Tengandogo (CHU-T) à Ouagadougou et le CHU Sourô Sanou (CHU-SS) à Bobo Dioulasso ont servi de cadre d'étude. La collecte des données était prospective sur une période de six mois allant du 1^{er} mai au 31 octobre 2022. Ont été inclus, les patients sortis vivants d'hospitalisation en réanimation, âgés de 15 ans et plus et ayant accepté de participer à l'étude. Les patients hospitalisés pour traumatisme crânien et accidents vasculaires cérébraux, les patients ayant des troubles psychiatriques ou cognitifs connus avant l'hospitalisation en réanimation, ainsi que les patients ayant refusé de participer à l'étude n'ont pas été inclus. La taille de l'échantillon a été calculée à partir du taux de survie des patients de réanimation et de la prévalence PICS. Le taux de survie retrouvé lors d'une étude prospective sur la mortalité en réanimation polyvalente du CHU Yalgado en 2012 était de 48,6% soit 123 patients sortis vivants [10]. La prévalence du PICS est comprise entre 50 et 70% [1]. En utilisant le logiciel Raosoft avec un niveau de confiance de 95%, une prévalence du syndrome post réanimation de 50% et une marge d'erreur de 5%, on a trouvé une taille d'échantillon minimale de 94 patients. Pour l'étude, 112 patients ont été inclus pour prendre en compte les éventuels perdus de vue. Les patients inclus dans l'étude ont été vus en consultation post réanimation avant leur sortie de l'hôpital pour rejoindre leur domicile. Les consultations ont été assurées par les résidents en anesthésie réanimation des différents CHU qui ont été formés au préalable à la collecte des données. Au cours de cette consultation, la recherche du PICS a été faite à travers l'administration de différents questionnaires. Un interprète a été désigné parmi la famille ou le personnel soignant pour les patients le cas échéant. Après la collecte des données dans chaque CHU, les fiches ont été envoyées à l'investigateur principal sous forme de courrier scellé afin d'être enregistrées puis analysées. L'anxiété et la dépression ont été recherchées à travers le questionnaire HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). L'HADS est une mesure auto administrée utilisée pour détecter la présence de dépression et d'anxiété. Elle a été développée par Phillip Snaith et Anthony Zigmond en 1983[11]. Le questionnaire comprend 14 items au total.

Sept items évaluent la dépression et sept autres items évaluent l'anxiété. Les scores des items de chaque sous-échelle de l'HADS sont additionnés pour produire un score d'anxiété (HADS-A) ou un score de dépression (HADS-D), ou ils peuvent être ajoutés pour produire un score total (HADS-T). Chaque item est noté sur une échelle de 4 points (allant de 0 = non, pas du tout, à 3 = oui, définitivement), pour un score total allant de 0 à 21 pour chaque sous-échelle. Un score entre 0 et 7 pour l'une ou l'autre des sous-échelles est considéré dans la normale ; un score entre 8 et 10 indique la présence probable d'un trouble, et un score supérieur à 10 indique la présence certaine du trouble[12].

Stress post traumatique : Il a été recherché à travers le questionnaire PTSS-10 (Post Traumatic Stress Syndrom). Il comprend 10 affirmations auxquelles le patient doit répondre en fonction de la fréquence avec laquelle il a ressenti dans les jours récents (1 : jamais ressentie, jusqu'à 7 : toujours ressentie). Un score supérieur ou égale à 35 permet de conclure à un syndrome de stress post traumatique[13].

Troubles physiques : Les altérations physiques ont été recherchées à travers le score de Barthel. L'indice de Barthel (IB) mesure l'étendue du fonctionnement indépendant et de la mobilité dans les activités de la vie quotidienne. L'indice indique également le besoin d'assistance en matière de soins. L'Indice de Barthel a tout d'abord été élaboré par Mahoney et Barthel en 1965, puis modifié par Collin, Wade, Davies et Horne en 1988. La version originale comporte 10 items[14]. Il se réfère aux 10 catégories suivantes : se nourrir, prendre un bain, soins personnels, s'habiller, continence intestinale, continence vésicale, faire sa toilette, transfert à partir d'une chaise, marcher et monter les marches. Les items sont pondérés selon le niveau de soins infirmiers requis et sont notés en termes de performance de l'individu. Ainsi, le score est respectivement de 10, 5 ou 0 pour une activité exécutée de manière indépendante, avec un peu d'assistance ou est de manière dépendante à l'assistance. Le score obtenu sur l'Indice de Barthel est la somme des cotes aux items. L'indice ramène le total sur 100. Plus le score est haut, meilleur

est le degré d'indépendance fonctionnelle. Un score entre 0 et 20 suggère une entière dépendance, entre 21 et 60 une sévère dépendance, entre 61 et 90 une dépendance modérée et entre 91 et 99 une légère dépendance.

Troubles cognitifs : Les altérations cognitives ont été recherchées avec le Montreal Cognitive Assessment Test (MoCa). Le MoCA test a pour objectif essentiel le dépistage des personnes qui vivent une atteinte neurocognitive légère à sévère [15]. Il a été conçu entre autres pour contrôler l'effet plafond observé avec le MMSE (difficulté à dépister les personnes ayant une atteinte plus légère). Il comprend un questionnaire à réponses courtes incluant quelques tâches que doit accomplir la personne. Les éléments évalués sont regroupés en six sous-sections : mémoire à court terme, habiletés visuospaciales, fonctions exécutives, attention, concentration, mémoire de travail, langage et orientation dans le temps et l'espace. Le score a été interprété de la manière suivante : un score supérieur ou égale à 26/30 : pas de troubles ; 18 – 25/30 : atteinte légère ; 10 – 17 : atteinte modérée ; moins de 10 : atteinte sévère [16].

Les données compilées ont été enregistrées et analysées avec le logiciel Epi info dans sa version 7.2.5.0. Les variables qualitatives ont été exprimées en effectifs et en proportion alors que les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne \pm écart type. Une analyse univariée et multivariée ont été faites pour identifier les facteurs de risque de survenue du PICS. Le test statistique utilisé était celui du Khi-deux. Le seuil de signification était de 5%. Le recueil des données a été fait après l'obtention du consentement éclairé du patient ou du représentant de sa famille. La confidentialité et l'anonymat des patients ont été respectés.

Résultats Au cours de la période d'étude, 757 patients ont été admis en réanimation dont 455 sortis vivants parmi lesquels 112 ont été inclus dans l'étude (Figure 1).

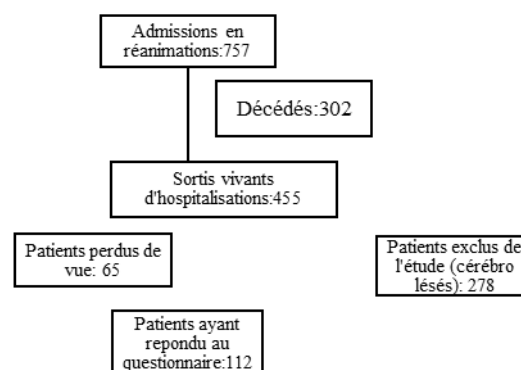


Figure 1: Diagramme de flux des patients de l'étude

L'âge moyen des patients était de 31,57 ans \pm 14,94 avec des extrêmes de 17 et 85 ans. Il y avait une prédominance féminine à 77,7%. La majorité des patients soit 79,46% ne présentait aucune

comorbidité. La principale comorbidité était l'HTA chez 9% des patients. La défaillance neurologique était le motif d'admission le plus fréquent avec 43,75 % (**Tableau I**).

Tableau I : Répartition des patients en fonction du motif d'admission en réanimation

| Motif d'admission | Effectif | Fréquence (%) |
|-------------------------------|----------|---------------|
| Défaillance cardio vasculaire | 23 | 20,53% |
| Défaillance respiratoire | 20 | 17,85% |
| Défaillance neurologique | 49 | 43,75% |
| Défaillance multiviscérale | 1 | 0,90% |
| Surveillance post opératoire | 18 | 16,07% |
| Brûlure électrique | 1 | 0,90% |
| Total | 112 | 100% |

Au cours du séjour, 54,46% patients ont reçu une sédation à base de fentanyl et midazolam et 55,36% patients ont été ventilés. La sédation a duré en moyenne $1,88 \pm 2,55$ jours avec des extrêmes d'un et 18 jours et la ventilation mécanique a duré en moyenne $2,08 \pm 2,83$ jours avec des extrêmes d'un à 21 jours. Au cours du séjour en réanimation, la kinésithérapie respiratoire a été faite chez 6,25% et la kinésithérapie motrice chez 2,7% des patients. La durée moyenne du séjour en réanimation était de $4,63 \pm 4,61$ jours avec des extrêmes de deux et 37 jours. Des symptômes d'anxiété, et de dépression

étaient retrouvés respectivement chez 59% et 54% des patients. Le stress post traumatique était retrouvé chez 25% des patients. Une altération de la fonction physique modérée à la dépendance complète était retrouvée chez 75% des patients. Le MoCA test a permis d'évaluer les troubles cognitifs chez 60,7% des patients à cause du niveau intellectuel que demande ce test. Ainsi, les troubles cognitifs modérés à sévères étaient retrouvés chez 31% de ces patients. Le **tableau II** résume la répartition des patients en fonction des différents scores d'évaluation du PICS.

Tableau II : Répartition des patients en fonction des différents scores d'évaluation du syndrome post-réanimation

| Différents Scores | Fréquence (n) | Pourcentage (%) |
|------------------------------------------|---------------|-----------------|
| Troubles cognitifs | | |
| Score de MoCA | | N=68 |
| MoCA : 0 – 9 | 12 | 18% |
| MoCA : 10 – 17 | 09 | 13% |
| MoCA : 18 – 25 | 31 | 46% |
| MoCA : 26 – 30 | 16 | 24% |
| Troubles psychologiques | | |
| Score d'anxiété (HADS-A) | | N=112 |
| HADS-A : 0 - 7 | 46 | 41% |
| HADS-A : 8 - 10 | 34 | 29% |
| HADS-A : 11 - 21 | 32 | 30% |
| Score de dépression (HADS-D) | | N=112 |
| HADS-D : 0 - 7 | 52 | 46% |
| HADS-D : 8 - 10 | 40 | 36% |
| HADS-D : 11 - 21 | 20 | 18% |
| Syndrome post traumatique PTSS-10 | | N=112 |
| < 35% | 84 | 75% |
| > 35% | 28 | 25% |
| Troubles physiques | | |
| Score de Barthel | | N=112 |
| 0 - 20 | 04 | 3,5% |
| 21 - 60 | 14 | 12,5% |
| 61 - 90 | 66 | 59% |
| 91 - 99 | 14 | 12,5% |
| 100 | 14 | 12,5% |

La durée d'hospitalisation était associée à la survenue d'anxiété ($p < 0,001$), de dépression (p

$< 0,001$) et de stress post traumatique ($p=0,002$) (**Tableau III**).

Tableau III : Syndrome post-réanimation et durée d'hospitalisation

| Troubles présentés | Durée d'hospitalisation < 7 jours | Durée d'hospitalisation > 7 jours | OR | IC 95% | p value |
|-------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-------|--------------|---------|
| Score HADS-A > 10 | 21 | 11 | 9,95 | 2,87 – 34,45 | < 0,001 |
| Score HADS-D > 10 | 11 | 9 | 11,72 | 3,50 – 39,27 | < 0,001 |
| Score PTSS-10 > 35 | 18 | 10 | 8,87 | 2,76 – 28,83 | 0,002 |
| Score de Barthel 0 - 60 | 13 | 5 | 0,30 | 0,09 – 1,65 | 0,11 |
| Score MoCA < 26 | 44 | 8 | 1,26 | 0,29 – 5,48 | 0,75 |

La ventilation mécanique était associée à la survenue de troubles cognitifs (p=0,015) (Tableau IV) de même que la sédation (p= 0,015) (Tableau V).

Tableau IV : Syndrome post-réanimation et ventilation

| Troubles présentés | Patients ventilés | Patients non ventilés | OR | IC 95% | P value |
|-------------------------|-------------------|-----------------------|------|-------------|---------|
| Score HADS-A > 10 | 20 | 12 | 0,66 | 0,28 – 1,15 | 0,45 |
| Score HADS-D > 10 | 16 | 4 | 0,25 | 0,07 – 0,80 | 0,27 |
| Score PTSS 10 > 35 | 17 | 11 | 0,74 | 0,31 – 1,78 | 0,66 |
| Score de Barthel 0 - 60 | 11 | 7 | 1,32 | 0,47 – 3,71 | 0,78 |
| Score MoCA < 26 | 33 | 19 | 5,21 | 1,47 – 3,75 | 0,015 |

Tableau V : Syndrome post-réanimation et sédation

| Troubles présentés | Patients sédatisés | Patients non sédatisés | OR | IC 95% | P value |
|-------------------------|--------------------|------------------------|------|--------------|---------|
| Score HADS-A > 10 | 20 | 12 | 0,63 | 0,27 – 1,46 | 0,38 |
| Score HADS-D > 10 | 16 | 4 | 0,23 | 0,07 – 0,77 | 0,22 |
| Score PTSS-10 > 35 | 17 | 11 | 0,71 | 0,29 – 1,70 | 0,58 |
| Score de Barthel 0 - 60 | 11 | 7 | 1,38 | 0,49 – 3,87 | 0,71 |
| Score MoCA < 26 | 33 | 19 | 5,21 | 1,44 – 18,45 | 0,015 |

La pathologie chirurgicale était associée à la survenue de dépression (p= 0,027), de troubles physiques (p= 0,011) et la pathologie obstétricale constituait un facteur associé à la survenue de troubles cognitifs (p= 0,009) (Tableau VI).

Tableau VI : Syndrome post-réanimation et type de pathologie

| Type de pathologie | HADS-A>10 | OR (IC 95%) | p | HADS-D>10 | OR (IC 95%) | p | Barthel 60-100 | OR (IC 95%) | p | MoCA<26 | OR (IC 95%) | p | PTSS 10>35 | IC 95% | p |
|--------------------|-----------|---------------------|------|-----------|---------------------|-------|----------------|---------------------|-------|---------|---------------------|-------|------------|--------------------|------|
| Chirurgicale | 6 | 1,307 (0,44 – 3,84) | 0,83 | 7 | 3,96 (1,30 – 12,07) | 0,027 | 11 | 4,22 (1,35 – 13,20) | 0,011 | 7 | 1,08 (0,25 – 5,85) | 1,00 | 4 | 0,83 (0,25 – 2,77) | 1,00 |
| Médicale | 6 | 1,18 (0,40 – 3,46) | 0,96 | 3 | 0,83 (0,21 – 3,20) | 1,00 | 17 | 0,56 (0,11 – 2,69) | 0,70 | 6 | 0,30 (0,008 – 1,09) | 0,40 | 7 | 2 (0,69 – 5,72) | 0,30 |
| Obstétricale | 18 | 0,600 (0,27 – 1,32) | 0,69 | 10 | 0,58 (0,22 – 1,55) | 0,40 | 60 | 0,45 (0,16 – 1,25) | 0,20 | 37 | 5,42 (1,42 – 18,22) | 0,009 | 15 | 0,67 (0,28 – 1,21) | 0,50 |
| Traumatologique | 2 | 1,01 (0,18 – 5,43) | 1,00 | 0 | 0,00 (0,00 – 2,45) | 0,44 | 6 | 0,86 (0,009 – 7,63) | 1,00 | 2 | 0,17 (0,002 – 1,14) | 0,14 | 2 | 1,21 (0,22 – 6,64) | 1,00 |

Discussion : Troubles psychologiques L'anxiété était très fréquente chez les patients de l'ordre de 60% à la sortie de réanimation alors qu'elle est de 32% à 40 % dans les séries européennes entre 2 et 14 mois après la sortie de la réanimation [17]. La durée d'hospitalisation supérieure à 7 jours était un facteur de risque de survenue d'anxiété. L'âge et le sexe, contrairement à ce qui est connu dans la population générale, ne sont pas retrouvés comme facteurs de risque de développer des symptômes d'anxiété. De même, la durée du séjour en réanimation contrairement au résultat de cette étude n'est pas associée à la survenue de l'anxiété [17]. Les symptômes dépressifs étaient présents chez un peu plus de la moitié des patients. Les facteurs associés à leur survenue étaient la durée d'hospitalisation et l'hospitalisation pour une pathologie chirurgicale. **Rabiee et al** retrouvaient 29 % de symptômes dépressifs à 2-3 mois, 34 % à 6 mois et 29 % à 12-14 mois [7]. Des altérations psychologiques préexistantes ou se développant pendant l'hospitalisation ainsi que la présence de « faux souvenirs », d'hallucinations ou l'absence de souvenirs constituent des facteurs de risques de dépression ultérieure. En revanche l'âge, le sexe, la durée d'hospitalisation, l'administration de benzodiazépines ou la durée de sédation ne sont pas associés à la survenue de symptômes dépressifs dans les différentes études [7]. Un patient sur quatre présentait dans cette étude un stress post traumatique à la sortie de réanimation. Une durée d'hospitalisation supérieure à 7 jours constituait un facteur de risque de survenue d'un stress post traumatique. Une méta-analyse de 2015 portant sur le stress post-traumatique en sortie de soins intensifs retrouvait entre un et six mois une prévalence de 25 % et 44 %, et entre 7 et 12 mois une prévalence de 17 % et 34 % [8]. Les facteurs de risque comprenaient l'administration de benzodiazépines et les souvenirs d'épisodes qualifiés d'effrayants [8]. Sur l'ensemble de ces études, les troubles psychologiques sont présents chez au moins un tiers des patients sortant de réanimation et peuvent persister à des degrés divers dans le temps. Les prévalences plus élevées retrouvées dans la présente étude peuvent s'expliquer par le délai d'analyse par rapport à la sortie de réanimation. En effet, le PICS a été évalué à la sortie d'hospitalisation des patients où les souvenirs du séjour en réanimation sont toujours patents. Le séjour en réanimation constitue un événement traumatique dans la vie du patient. La sensation de mort imminente, les sédations, les alarmes, les lumières, la douleur, l'inconfort et la dépendance extrême qu'implique ce séjour seraient de potentiels éléments déclencheurs du syndrome de stress post traumatique, du syndrome anxieux ou dépressif. A cela, s'ajoute

l'absence de chambre individuelle ne permettant pas un contact régulier et long avec les parents lors du séjour dans ces services. Cela interpelle sur l'importance de communiquer avec le patient et sa famille au cours de l'hospitalisation. En effet, la compréhension de la pathologie par le patient et son entourage dans le respect du secret médical pourrait contribuer à diminuer les troubles psychologiques. **Troubles physiques :** Des altérations de la fonction physique allant de la dépendance complète à une dépendance modérée étaient retrouvés chez la grande majorité des patients. Les pathologies chirurgicales constituaient des facteurs de risque de survenue des troubles physiques. Après un suivi prospectif de 222 patients ayant survécu à un SDRA, **Fan et al.** Rapportaient des incidences de neuro-myopathie de réanimation de 36% à la sortie de l'hôpital, 22% à trois mois, 15% à six mois, 14% à un an et 9% à deux ans. La durée d'alitement était le principal facteur de risque [18]. Dans une autre étude incluant une population plus générale de réanimation, **Herridge et al.** ont montré que l'âge et la durée de séjour en réanimation avaient une influence importante sur la récupération physique après réanimation [19]. On perçoit ainsi que les conséquences physiques de la maladie critique, et les thérapeutiques agressives de soins intensifs semblent plus importantes dans notre étude. Le nombre important de patients admis dans un contexte chirurgical, le faible recours à la kinésithérapie motrice en réanimation, ainsi que l'évaluation précoce à la sortie de l'hôpital pourraient expliquer ces résultats. Les données des différentes études montrent que la neuro-myopathie est associée à des durées plus longues de sevrage ventilatoire, et de séjour en réanimation [18-19-20]. Dans notre série, la durée moyenne d'hospitalisation et de ventilation mécanique était respectivement de quatre et deux jours. Ce court temps d'hospitalisation et de ventilation associé à la faible puissance de l'étude pourraient expliquer le fait qu'elles ne soient pas retrouvées comme facteur de risque de survenue de troubles physiques. **Troubles cognitifs :** La majorité des patients avait des troubles cognitifs conformément aux données de plusieurs études malgré la limite du test utilisé dans une population où le niveau d'étude n'est pas élevé. En effet, ces résultats sont semblables à ceux de **Hopkins et al** [4] qui retrouvaient 70% de séquelles neuro-cognitives à la sortie de l'hôpital dans une étude sur le suivi cognitif et émotionnel à deux ans après un SDRA. Cela traduit la forte incidence de troubles cognitifs observés chez les patients à leur sortie de soins intensifs d'où la nécessité d'identifier les facteurs de risque, de faire une évaluation psychique et de suivre l'évolution de ces patients après leur séjour en soins intensifs.

Dans la présente étude, la sédation et la ventilation mécanique au cours de l'hospitalisation constituaient des facteurs associés à la survenue de troubles cognitifs contrairement à la durée d'hospitalisation. **Pandharipande et al** dans une étude de cohorte prospective multicentrique incluant 821 patients de soins intensifs généraux testés sur le plan cognitifs à 3 et 12 mois notaient que la durée de la sédation et la ventilation mécanique ne constituaient pas des facteurs de risque [21]. A ce jour, le delirium en réanimation est le seul facteur indépendant associé aux troubles cognitifs à long terme [22]. Le delirium en réanimation est multifactoriel. Dans notre série, la pathologie obstétricale était très fréquente dont l'éclampsie pouvant être responsable de delirium traitée par des benzodiazépines, qui sont aussi pourvoyeuses de délirium. Cela peut expliquer cette association entre sédation et troubles cognitifs. Par conséquent, la stratégie de sédation ainsi que la molécule utilisée doivent être réévaluées. En effet, la sédation par propofol est associée à une diminution de la durée de ventilation et de la durée de séjour en réanimation comparativement au midazolam [23]. Des stratégies telles que l'adoption de l'ensemble ABCDEF, qui comprend une évaluation du délirium, des essais quotidiens de sevrage ventilatoire, l'évitement d'une sédation

Références

1. **Caillard A, Gayat E.** La vie après la réanimation. *Anesthésie & Réanimation*. Janv 2020 ;6(1) :39-49.
2. **Genton, Audrey Martine.** Le syndrome post soins intensifs au travers d'une consultation de suivi après les soins intensifs. 2019. doi : 10.13097/archive-ouverte/unige :121675
3. **Needham DM, Davidson J, Cohen H, Hopkins RO, Weinert C, Wunsch H, et al.** Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: report from a stakeholders' conference. *Crit Care Med*. Févr 2012;40(2):502-9.
4. **Hopkins RO, Weaver LK, Collingridge D, Parkinson RB, Chan KJ, Orme JF.** Two-Year Cognitive, Emotional, and Quality-of-Life Outcomes in Acute Respiratory Distress Syndrome. *Am J Respir Crit Care Med*. Févr 2005 ;171(4) :340-7.
5. **Girard TD, Thompson JL, Pandharipande PP, Brummel NE, Jackson JC, Patel MB, et al.** Clinical phenotypes of delirium during critical illness and severity of subsequent long-term cognitive impairment: a prospective cohort study. *Lancet Respir Med*. Mars 2018;6(3):213-22.
6. **Needham DM, Dinglas VD, Morris PE, Jackson JC, Hough CL, Mendez-Tellez PA, et al.** Physical and Cognitive Performance of Patients with Acute Lung Injury 1 Year after Initial Trophic versus Full Enteral Feeding. EDEN Trial Follow-up. *Am J Respir Crit Care Med*. 2013; 188:567–76.
7. **Rabiee A, Nikayin S, Hashem MD, Huang M, Dinglas VD, Bienvenu OJ, et al.** Depressive Symptoms After Critical Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Crit Care Med*. 2016; 44:1744–53.
8. **Parker AM, Sricharoenchai T, Raparla S, Schneck KW, Bienvenu OJ, Needham DM.** Posttraumatic Stress Disorder in Critical Illness Survivors: A Metaanalysis. *Crit Care Med*. 2015; 43:1121–9.
9. **Davidson JE, Jones C, Bienvenu OJ.** Family response to critical illness: Postintensive care syndrome–family. *Crit Care Med*. 2012 ;40 :618–24.
10. **Bonkougou P, Traoré I, Bako YP, Sanou J, Ouédraogo N.** La mortalité en réanimation polyvalente du centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou au Burkina-Faso. *Ann Fr Anesth Réanimation*. 2014 ;33 : A310.
11. **Zigmond AS, Snaith RP.** The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1983 ;67(6) :361-70.

12. « L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie » sous la direction de J.D. Guelfi, éditions Pierre Fabre. Présentée également dans : Pratiques médicales et thérapeutiques, avril 2000, 2, 31.
13. Twigg E, Humphris G, Jones C, Bramwell R, Griffiths RD. Use of a screening questionnaire for post-traumatic stress disorder (PTSD) on a sample of UK ICU patients. *Acta Anaesthesiol Scand* 2008; 52:202–8.
14. Saisana M. Barthel Index. In: Michalos AC, editor. *Encycl. Qual. Life Well- Res.*, Dordrecht: Springer Netherlands; 2014, p. 325–6.
15. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I, et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A Brief Screening Tool for Mild Cognitive Impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2005 ;53(4) :695-9.
16. Lifshitz M, Dwolatzky T, Press Y. Validation of the Hebrew version of the MoCA test as a screening instrument for the early detection of mild cognitive impairment in elderly individuals. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. Sept 2012;25(3):155-61.
17. Nikayin S, Rabiee A, Hashem MD, Huang M, Bienvenu OJ, Turnbull AE, et al. Anxiety symptoms in survivors of critical illness: a systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry*. 2016; 43:23–9.
18. Fan E, Dowdy DW, Colantuoni E, Mendez-Tellez PA, Sevransky JE, Shanholtz C, et al. Physical Complications in Acute Lung Injury Survivors: A Two-Year Longitudinal Prospective Study. *Crit Care Med*. 2014; 42:849–59.
19. Herridge MS, Tansey CM, Matté A, Tomlinson G, Diaz-Granados N, Cooper A, et al. Functional disability 5 years after acute respiratory distress syndrome. *N Engl J Med*. Avr 2011;364(14):1293-304.
20. Chanques G, de Jong A, Jaber S. Les myopathies en réanimation. *Prat En Anesth Réanimation*. 2017 ;21:290–7.
21. Pandharipande PP, Girard TD, Jackson JC, Morandi A, Thompson JL, Pun BT, et al. Long-Term Cognitive Impairment after Critical Illness. *N Engl J Med*. 2013; 369:1306–16.
22. Sakusic A, Rabinstein AA. Résultats cognitifs après une maladie grave. *Curr Opin Crit Care*. 2018 ;24(5) :410414.
23. Garcia R, Salluh JIF, Andrade TR, Farah D, da Silva PSL, Bastos DF, et al. A systematic review and meta-analysis of propofol versus midazolam sedation in adult intensive care (ICU) patients. *J Crit Care*. Août 2021; 64:91-9.
24. Emily Schwitzer, Kristin Schwab Jensen, Lorie Brinkman, Lynette DeFrancia, Joe VanVleet, Esau Baqi, Ravi Aysola, Nida Qadir. A Narrative Review of Post-Intensive Care Syndrome. *CHEST Critical Care*. 2023; 1(1):100003.