

Influence des modalités d'arrêt de sédation sur l'incidence des difficultés de sevrage de la ventilation mécanique en réanimation adulte.

A. MECHEBBEK ; B. ERROUANE; H. BOUBEKKI; O. DROUIZ; M.I. MAHMMOUDI; B. KHEMLICHE

Faculté de médecine d'Oran; Service de réanimation médicale EHU d'Oran

La sédation

souvent indiquée chez les malades sous ventilation mécanique

bénéfique **mais...**

❑ possède des effets secondaires ...

+ effets secondaires des autres thérapeutiques...en réa

+ effets des pathologies sous-jacentes... en réa



Quelles conséquences à la phase de réveil
à l'arrêt de la sédation ???

Payen, J.F., Sédation et désédation en réanimation. Mise au point en anesthésie et réanimation (MAPAR), 2009.

**THE EFFECT OF ICU SEDATION GUIDELINES AND PHARMACIST INTERVENTIONS
ON CLINICAL OUTCOMES AND DRUG COST**

The Annals of Pharmacotherapy ■ 1997 June, Volume 31

John W Devlin, Anne M Holbrook, and Hugh D Fuller

**DAILY INTERRUPTION OF SEDATIVE INFUSIONS IN CRITICAL CARE PATIENTS
UNDERGOING MECHANICAL VENTILATION**

JOHN P. KRESS, M.D., ANNE S. POHLMAN, R.N.,
WILLIAM J. ALPERT, M.D., and
JAMES C. HANLEY, M.D.

A randomized trial of protocols for sedation and mechanical ventilation in intensive care unit patients

Tracey K. Bucknall,
Elizabeth Manias,
Jeffrey J. Presneill,

**BUT :
LIMITER LES SÉDATIONS EXCESSIVES**

Crit Care Med 2008 Vol. 36, No. 5

**Sédation-analgésie en réanimation : arrêt quotidien par les médecins
ou gestion continue par les infirmières**

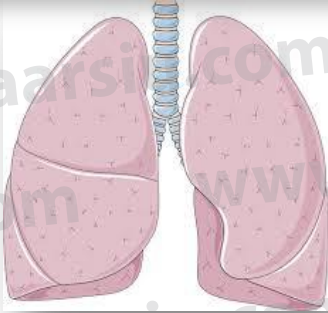
**Sedation-analgesia in intensive care unit patients: Daily interruption by physicians versus
continuous management by nurses**

G. Chanques · M. Conseil · Y. Coisel · J. Carr · B. Jung · S. Jaber

Reçu le 27 mai 2012 ; accepté le 21 juillet 2012
© SRLF et Springer-Verlag France 2012

Effet de l'arrêt quotidien de la sédation et de l'analgésie sur la durée de séjour en réanimation
C. Moch^{1,2}, L. Exbrayat¹, G. Marcotte², C. Paillet¹, B. Floccard²,
A. Faure², F. Malavieille², C. Pivrot¹, T. Rimmelé²
¹ Pharmacie
² Réanimation, Hôpital E. Herriot-Hospices Civils de Lyon, Lyon, France
* Auteur correspondant.

L'arrêt de la sédation en réanimation



Arrêt de la sédation



Reprendre l'autonomie respiratoire

Retour à un état de vigilance optimal

Interaction forte

Un état de vigilance permettant l'autonomie respiratoire peut être altéré

Sédation pharmacologique résiduelle



Lésions cérébrales sous-jacentes

Arrêt de sédation et Sevrage de la ventilation mécanique

Epreuve

Sevrage de la ventilation

Sevrage simple

Sevrage difficile

Sevrage prolongé



Trachéotomie

Sevrage de la sédation

Réveil calme
Ramsay 2-3

Réveil agité
Ramsay 1

Retard de réveil
Ramsay > 4

Chanques G., M. Sebbane, and B. Jung. *Sédation et modalités du sevrage ventilatoire : un couple indissociable*. Anesthésie Réanimation Urgences, 2008 : p. 219 - 233.

Problématique



Arrêt de la sédation

Existe-il des modalités d'arrêt de la sédation pouvant réduire ou prévenir les difficultés de sevrage de la ventilation mécanique ?

Complications

Agitation

Echec à l'extubation

Difficulté de



ventilation

de la

technique



Objectifs de l'étude

Évaluer les effets de deux modalités d'arrêt de la sédation continue, sur la qualité du sevrage et la durée de la ventilation mécanique.

But de l'étude

Instaurer un protocole de **sédation** et **d'arrêt de sédation**

Améliorer les *pratiques* du personnel soignant dans le domaine :

- de la **SÉDATION**
- de l'**ANALGÉSIE**
- du **SEVRAGE de la SEDATION et de la VENTILATION MÉCANIQUE**

Population et méthode

1. Type de l'étude

Monocentrique, observationnelle, comparative, à recueil prospectif de données

2. Lieu et période de l'étude

Service de réanimation médicale de l'EHU 1^{er} Novembre 54 d'Oran



3. Recrutement des patients

Toutes pathologies



Sédation-analgésie + Ventilation mécanique

Population et méthode

4. Critères d'inclusion

Sédation profonde + ventilation invasive d'une durée prévisible > 48 heures

5. Critères d'exclusion

Age < 16 ans,
ATCD de toxicomanie ou d'alcoolisme,
Grossesse en cours

Insuffisance respiratoire chronique
Pathologie neuromusculaire

Particularités Pk / Pd
en réanimation

Sevrage ventilatoire prolongé
prévisible

Pk / Pd : Pharmacocinétique/Pharmacodynamique

Population et méthode

6. Critères de non inclusion

- Insuffisance hépatique sévère
- Insuffisance rénale chronique
- Décès survenant durant la ventilation mécanique, ou dans les 48 heures après l'admission

7. Critères d'évaluations

- Evaluer la qualité de sevrage de la ventilation mécanique.
- Estimer la durée de la ventilation mécanique
- Calculer l'incidence des auto-extubations.
- Evaluer l'incidence des échecs d'extubation.

Moyens et paramètres utilisés dans l'étude

Evaluation des malades

Paramètres	Admission	Quotidien	J3 d'arrêt sédation	J6 d'arrêt sédation	J9 d'arrêt sédation
Poids	✓				
Taille	✓				
IGS2	✓				
Score de Glasgow	✓				
Echelle de Ramsay	✓	✓ (toutes les 4 à 6 h)			
Si sédation					
Bilan hépatique	✓		✓	✓	✓
Bilan rénale	✓		✓	✓	✓
Albuminémie	✓		✓	✓	✓
Dosage sanguin pharmacologique			✓	✓	✓

Moyens et paramètres utilisés dans l'étude

Modalités et moyens de la ventilation artificielle

Ventilation assistée
contrôlée (VAC)

Ventilation avec aide
adaptative (ASV)

Ventilation spontanée
avec aide (VS. Aide)

Extubation

SUCCÈS

ECHECS

Trachéotomie

+ 2 échecs

Surveillance par des moniteurs multiparamétriques



Moyens et paramètres utilisés dans l'étude

Médicaments utilisés pour la sédation analgésie

Midazolam, Diazépam, Thiopental, Propofol

+

Sufentanil ou Fentanyl

Médicaments utilisés pour l'agitation à l'arrêt de la sédation

Halopéridol, Prazépam,
Buprénorphine (HPB)



Après stabilité de 24-48h
Sevrage (BPH)

Description du protocole

La décision de sevrage définitif de la sédation-analgésie était prise par l'équipe médicale selon des critères suivants (adaptées, en fonction des recommandations de la SFAR-SRLF) :

En absence de contre-indications

Défaillance respiratoire et hémodynamique

Agitation ou d'un syndrome de sevrage

Aggravation des lésions cérébrales (TDM cérébrale de contrôle < 48h)

Perfusion de catécholamines

Convulsions

Curares depuis plus de 24h

Le choix entre des modalités d'arrêt de la sédation s'effectuait de façon aléatoire, ***selon l'appréciation*** des équipes médicales.

Arrêter dégressif

Arrêt brutal

Mention inscrite sur le dossier du malade

Description du protocole

Groupe 1 : PROTOCOLE D'ARRET BRUTAL DE LA SEDATION-ANALGESIE

SEDATION > 48h

OBJECTIFS

Adaptation régulière des vitesses de perfusion des sédatifs

Ramsay = 4 - 5

X ml/h selon les objectifs

Arrêt de la SAP des sédatifs au dernier jour de sédation

→ Si ABSENCE de critères d'exclusions à l'Arrêt de Sédation

Ramsay = 2 - 3

Si Ramsay = 1 à l'arrêt de la sédation, voir protocole d'anxiolyse

Si Ramsay ≥ 4 faire un dosage sanguin des benzodiazépines à partir de J3 d'arrêt de sédation

**la durée de sédation continue était décidée en fonction de la gravité de l'état initial du malade
(IGS2 d'admission, score de Glasgow d'intubation, imagerie cérébrale)**

Une stabilité du malade durant les 48 dernières heures de sédation était nécessaire

Description du protocole

Groupe 2 : PROTOCOLE D'ARRÊT DEGRESSIF DE LA SEDATION-ANALGESIE

SEDATION > 48h

OBJECTIFS

Palier 1

J1, J2, J3... : Vitesse x ml/h

Ramsay 5 - 6

Palier 2

J4, J5... : Vitesse x/2 ml/h

Ramsay 4 - 5

Palier 3

J6... : Vitesse x/4 ml/h

Ramsay 3 - 4

J7 : Arrêt de la SAP

Ramsay 2 - 3

Si pas de critères d'exclusions à l'Arrêt de Sédation

Si Ramsay = 1 à l'arrêt de la sédation, voir protocole d'anxiolyse

Si Ramsay ≥ 4 faire un dosage sanguin des benzodiazépines à partir de J3 d'arrêt de sédation

La durée de la 1^{ère} et de la 2^{ème} étape dépendaient de l'état initial du malade (IGS2, score de Glasgow d'intubation, TDM..).

Une stabilité du malade était nécessaire au passage des différentes étapes

Méthode d'analyse statistique

Exploitation des différentes données

- Facteurs épidémiologiques
- Facteurs cliniques et paracliniques
- Facteurs relatifs au protocole instauré

Saisie et traitement informatique des données

Analyse des données

- Analyse uni-variée
- Analyse bi-variée

L'étude statistique descriptive.

L'étude statistique analytique a été faite avec le logiciel SPSS 20 (version essai).

A detailed medical monitoring form titled 'Annexe 4 Sédatation Analgésie'. It includes fields for patient information, vital signs, and a grid for recording sedation levels over time. It also contains sections for 'Critères d'Exclusion de l'Arrêt de la Sédatation' and 'Critères d'Exclusion de l'Arrêt de la Sédatation'.

Fiche de surveillance

A summary of hospitalization form titled 'Annexe 5 Résumé d'hospitalisation'. It provides a structured overview of the patient's stay, including admission details, clinical course, and outcomes. It features various checkboxes and fields for recording specific events and treatments.

Résumé d'hospitalisation

A data entry form titled 'Annexe 6 Service de réanimation médicale Fiche de saisie'. It is designed for recording specific clinical data points, including patient demographics, vital signs, and treatment details. It uses a grid-like structure for efficient data capture.

Fiche de saisie



RESULTATS

1. Sélection des malades

Admissions entre 2011 et 2014 → **1237**

Malades sédatisés et ventilés → **413**

Malades inclus → **164**

Arrêt brutal
de la sédation :
N = 78

Arrêt dégressif
de la sédation :
N = 86

Malades exclus → **249**

- Sédation < 48h (N = 82)
- SDRA (N = 22)
- BPCO et AAG (N = 53)
- Femme enceinte (N = 3)
- Toxicomane (N = 16)
- Insuffisants rénaux (N = 20)
- Insuffisants hépatiques (N = 7)
- Non suivi du protocole (N = 46)

2. Analyse descriptive et comparative des deux groupes

2.1. L'âge

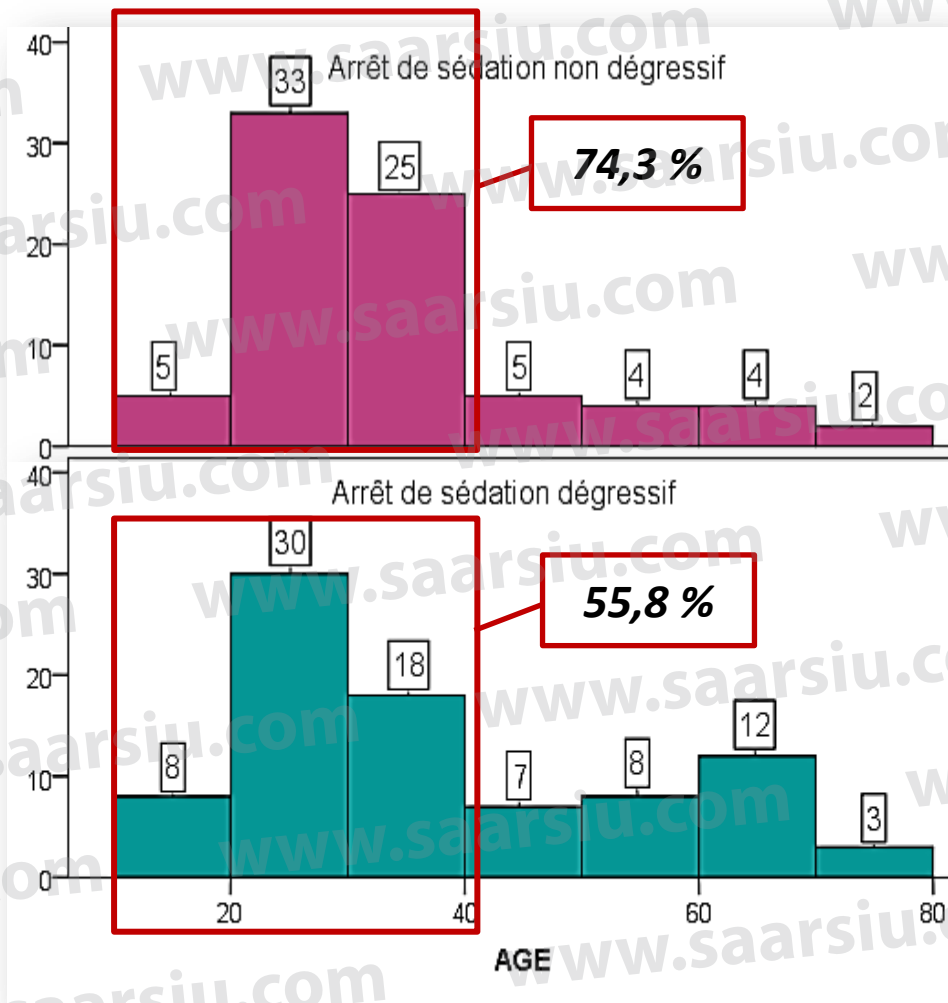


Tableau : L'âge exprimé en moyenne et en médiane dans les deux groupes

Age en années	Arrêt sédation 1 brutal N= 78	Arrêt de sédation 2 dégressif N= 86	P
Moyenne	33,2 ±12,9	36,6 ±16,78	0,17
Médiane (extrêmes)	30 (16-73)	31 (16-75)	

Figure : Répartition par tranches d'âge des malades dans les deux groupes

2.2. Le sexe

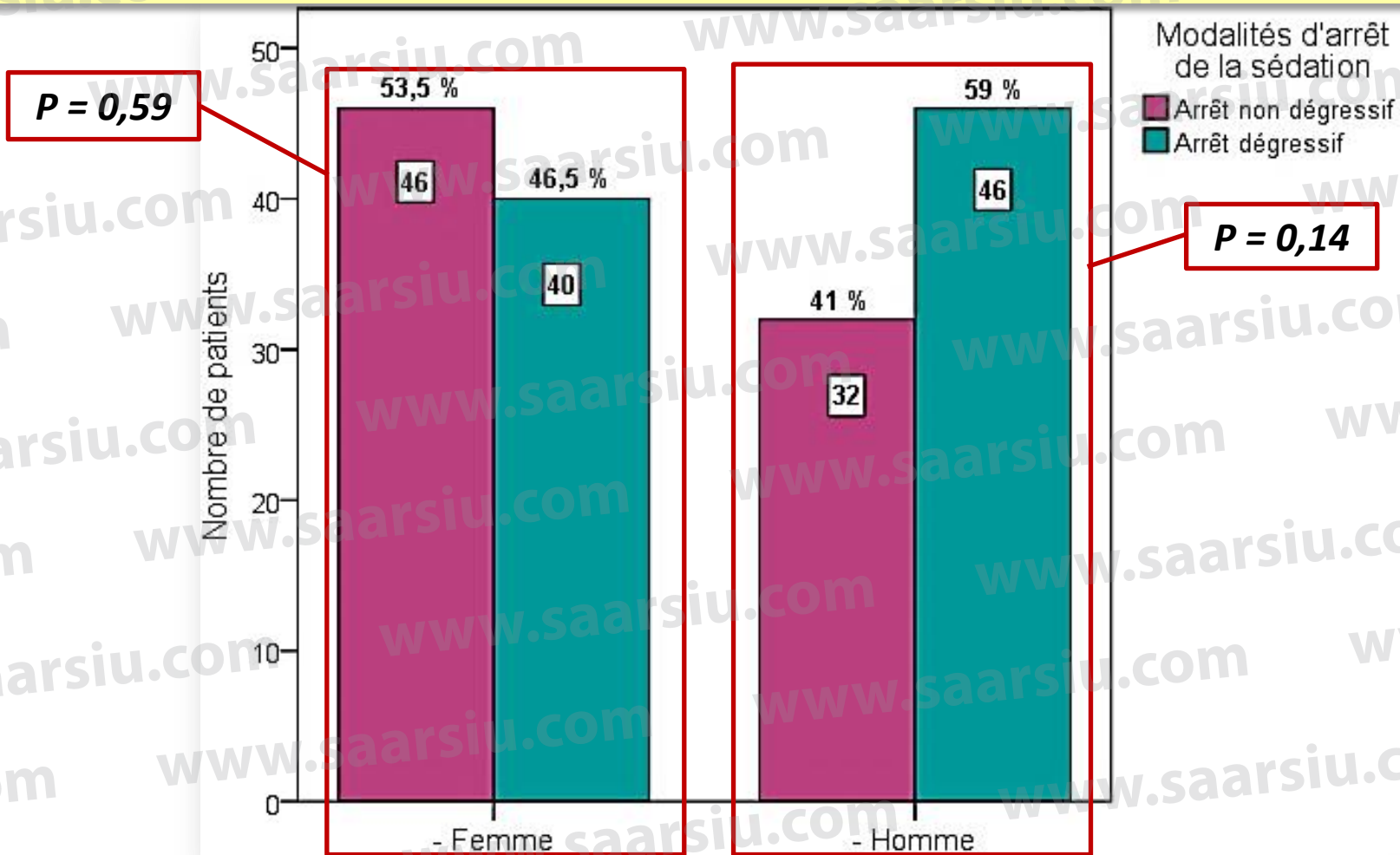


Figure : Répartition du sexe dans les deux groupes

2.3. Pathologies d'admission de la population étudiée

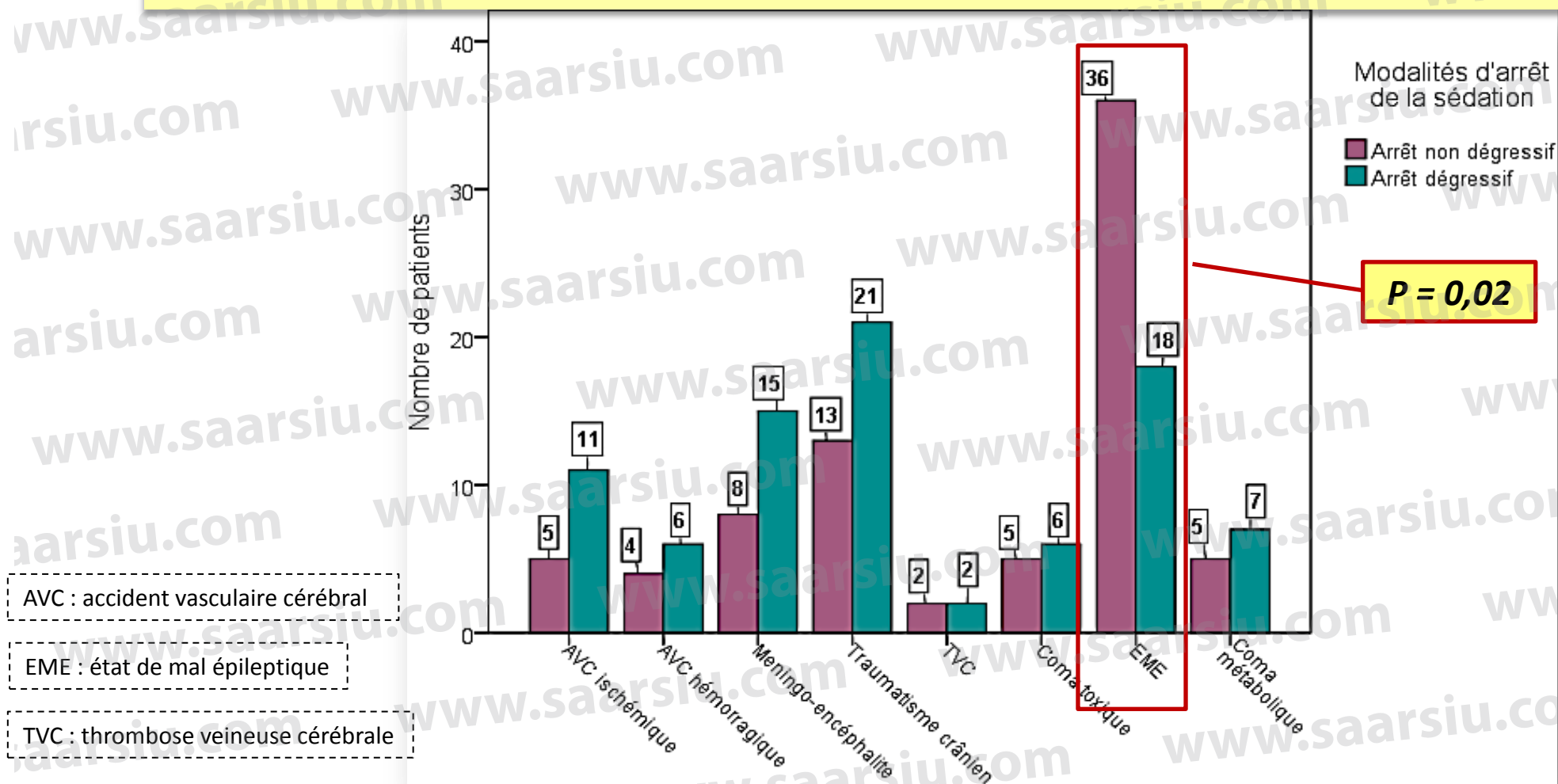


Figure : Répartition des malades dans les deux groupes selon l'indication de la sédation

2.4. Score de gravité d'admission (IGS2)

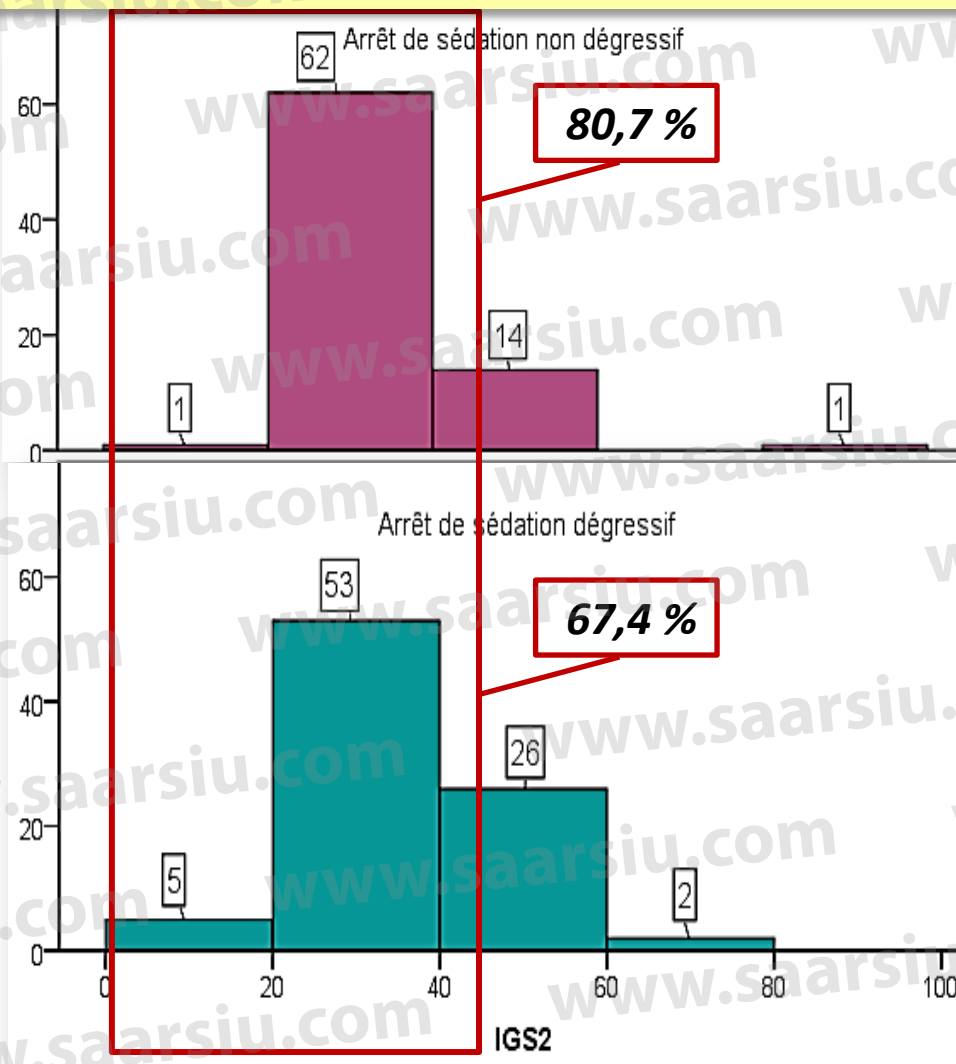


Tableau : L'IGS2 exprimé en moyenne et en médiane dans les deux groupes

IGS2 des premières 24 h	Arrêt de sédation 1 brutal (N= 78)	Arrêt de sédation 2 dégressif (N= 86)	P
Moyenne	33,2±10,79	34,9±10,44	0,32
Médiane (extrêmes)	29,5 (19-97)	32 (19-66)	--

Figure : Répartition des malades dans les deux groupes selon l'IGS2

2.5. Score de Glasgow d'intubation

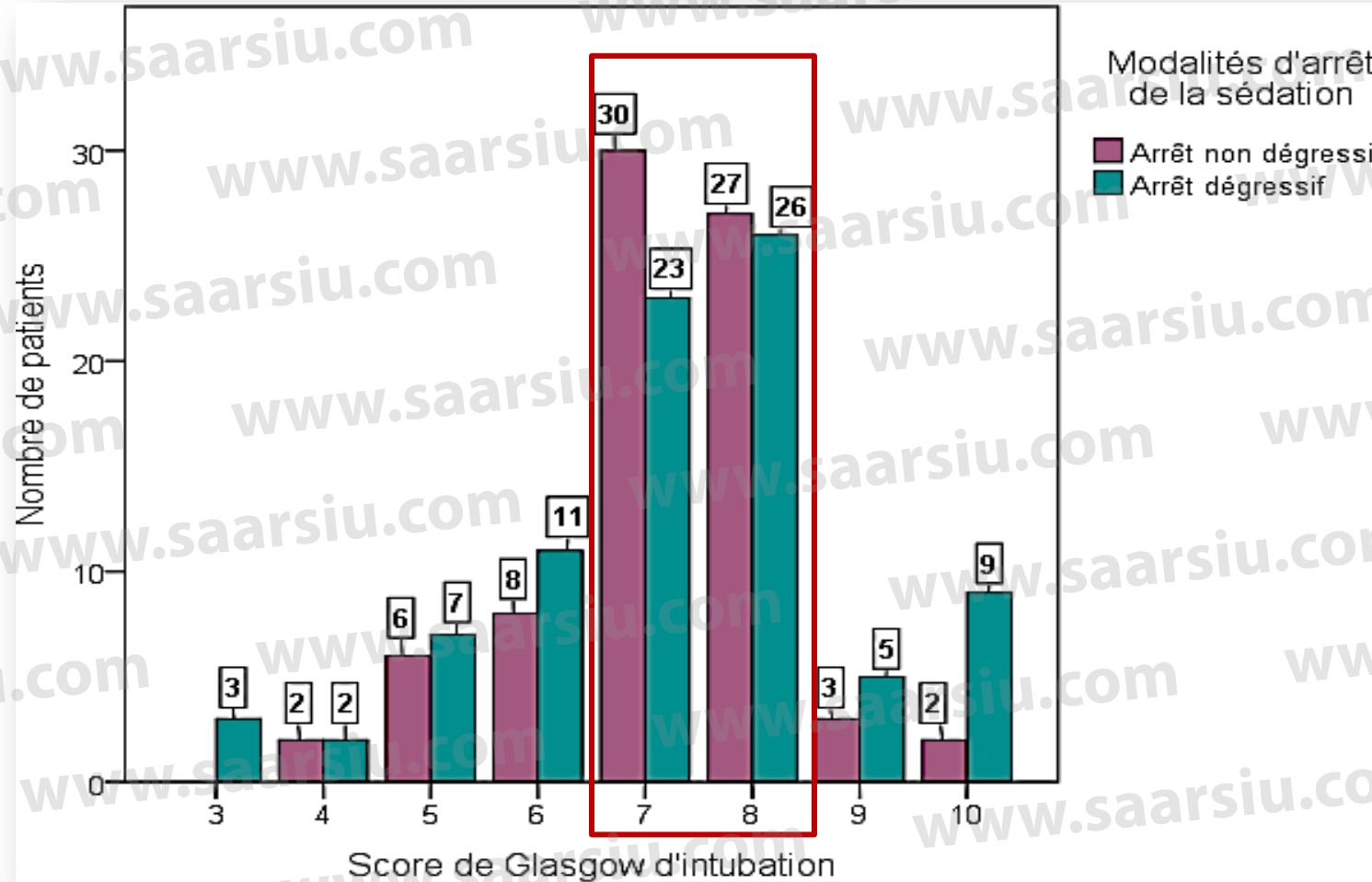


Figure : Répartition des malades dans les deux groupes selon le score d'intubation

2.6. Médicaments utilisés pour la sédation-analgésie

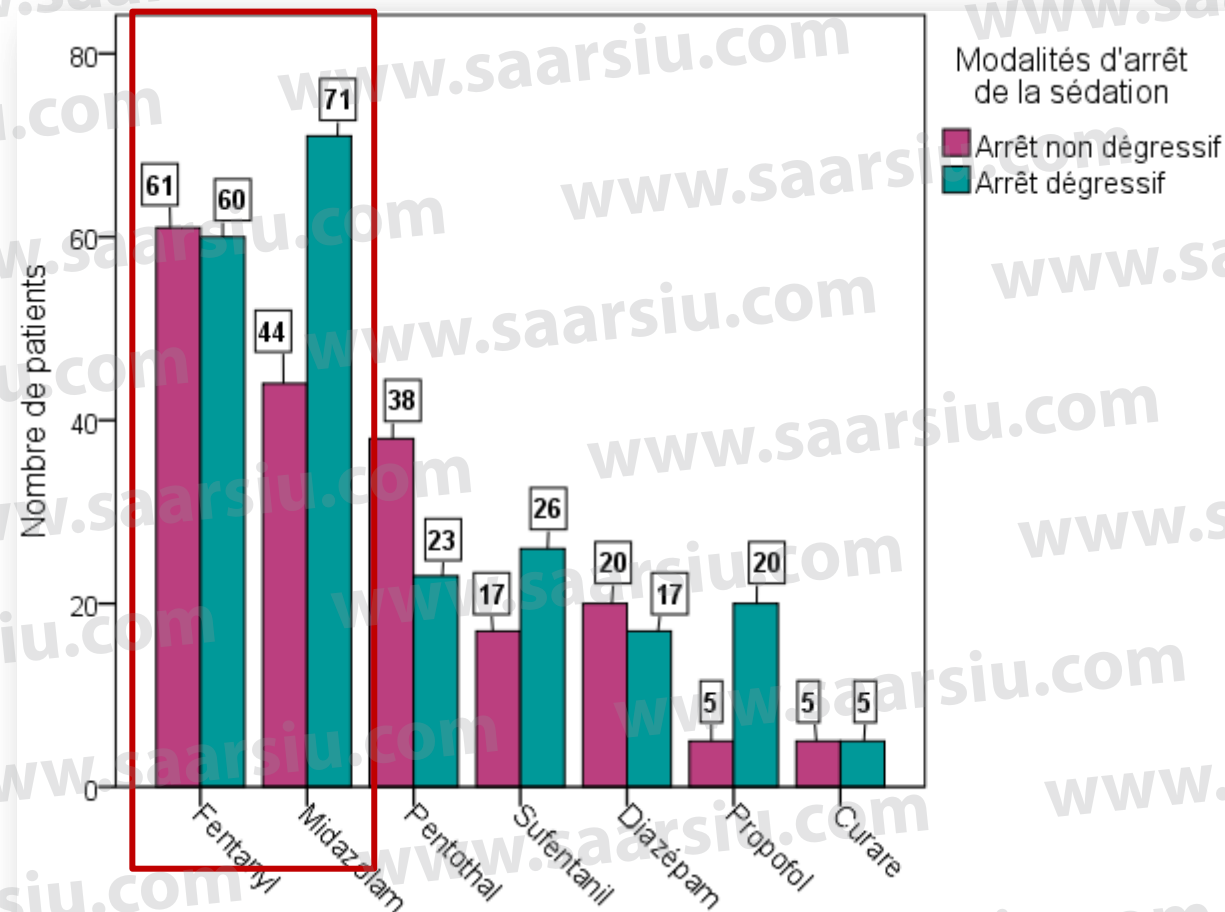


Tableau : Fréquence d'utilisation des hypnotiques dans les deux groupes

Hypnotiques	Arrêt de sédation 1 brutal (N= 78)	Arrêt de sédation 2 dégressif (N= 86)	P
Midazolam	44 (56,4%)	71 (82,5%)	0,01
Pentothal	38 (48,7%)	23 (26,7%)	0,07
Diazépam	20 (25,6%)	17 (19,7%)	0,74
Propofol	5 (6,4%)	20 (23,2%)	0,004

Figure : Répartition des malades dans les deux groupes selon les médicaments de la sédation utilisés.

2.7. Durée de la sédation

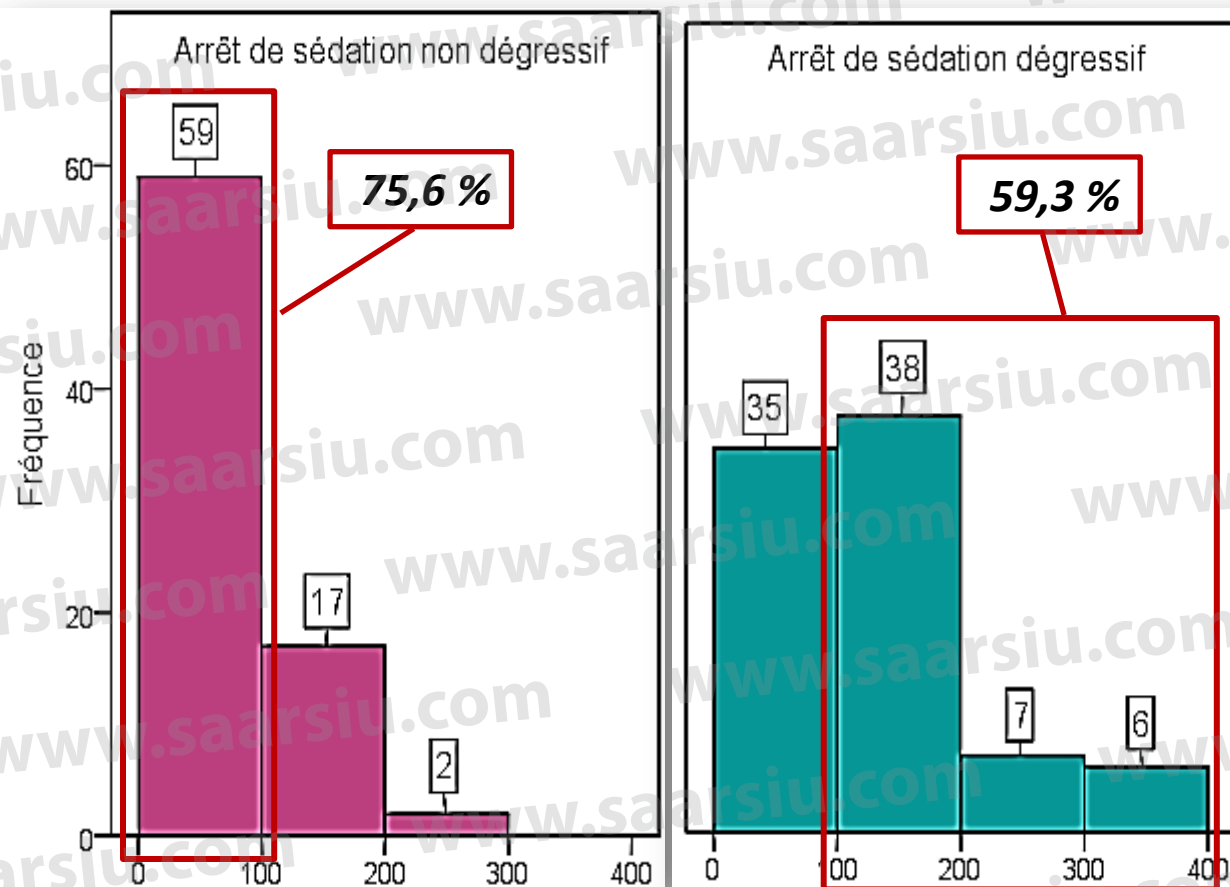


Tableau : Durée moyenne de sédation dans les deux groupes

Durée de sédation en jours	Arrêt de sédation 1 brutal N= 78	Arrêt de sédation 2 dégressif N= 86	P
Moyenne	3,5 ±2	5,3±3	< 0,05
Médiane (extrêmes)	3 (2-12)	4,9 (2-16)	

Figure : Répartition des malades selon la durée de la sédation (en heures) dans les deux groupes.

2.8. Durée de la ventilation mécanique

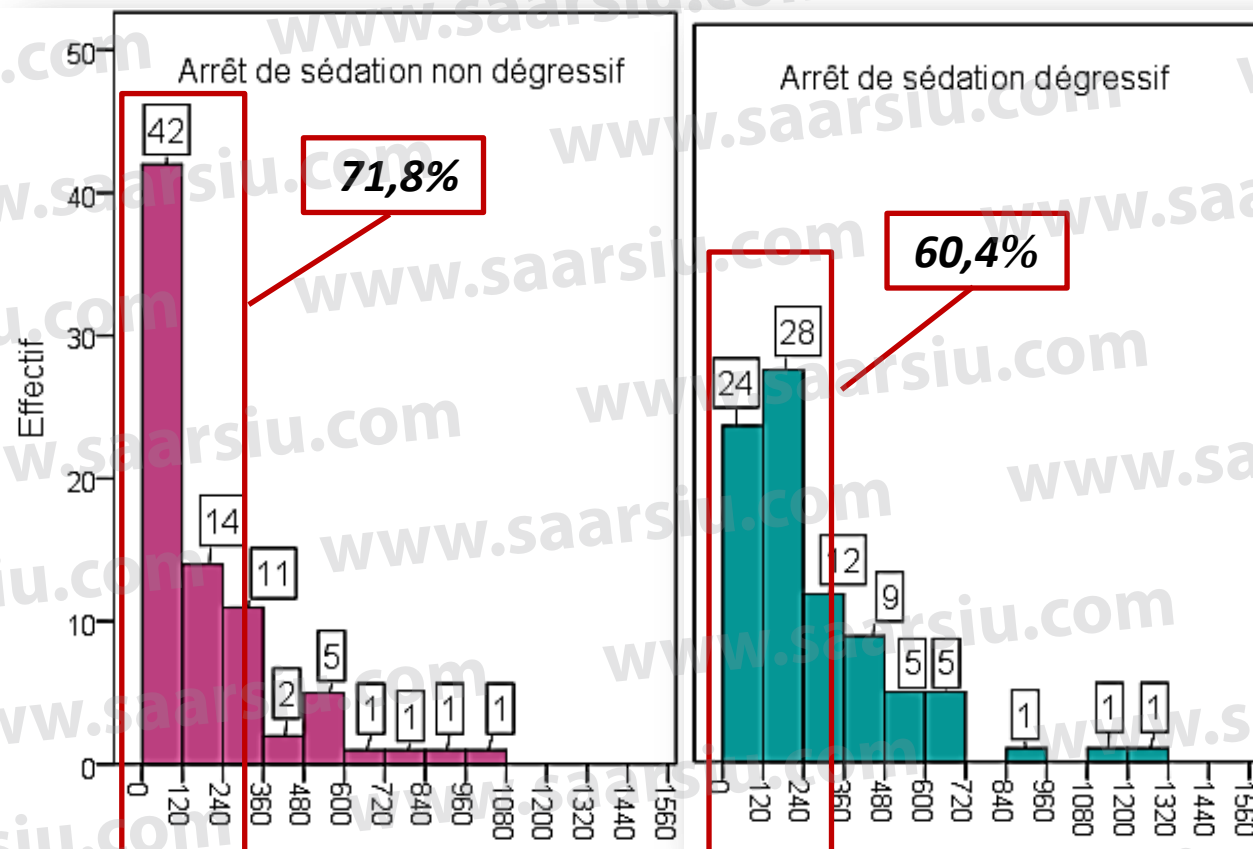


Figure : Répartition des malades selon la durée (en heures) de la ventilation mécanique dans les deux groupes

Tableau : Durée moyenne de la ventilation mécanique dans les deux groupes

Durée de ventilation en jours	Arrêt de sédation brutal N= 78	Arrêt de sédation dégressif N= 86	p
Moyenne	8±8,4	11±9,7	0,03
Médiane (extrêmes)	4,25 (2-43)	7,9 (2-54)	

2.9. Evolution et complications au cours de l'arrêt de la sédation

Sevrage de la sédation

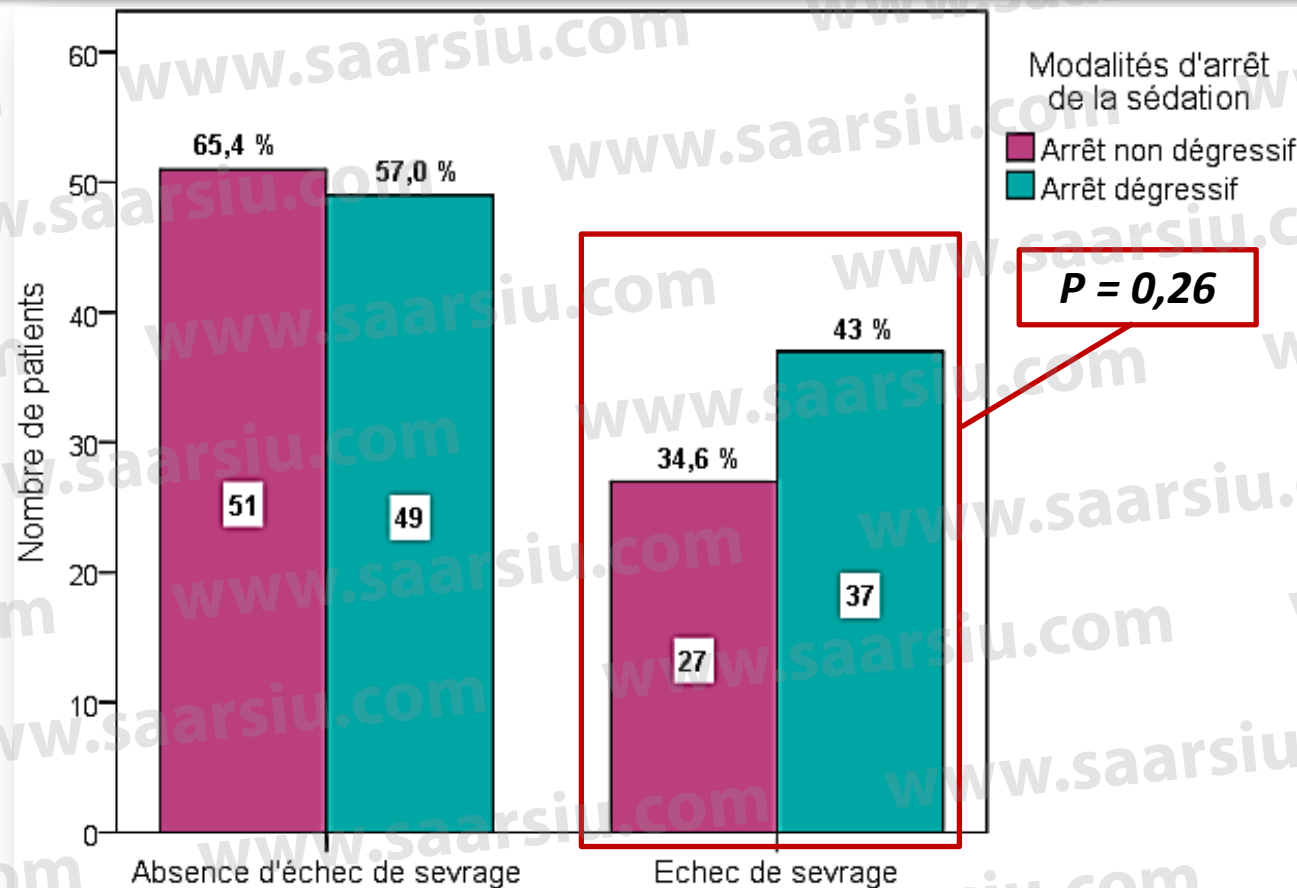


Figure : Incidence des échecs de sevrage de la sédation dans les deux groupes

2.9. Evolution et complications au cours de l'arrêt de la sédation

Sevrage de la ventilation mécanique

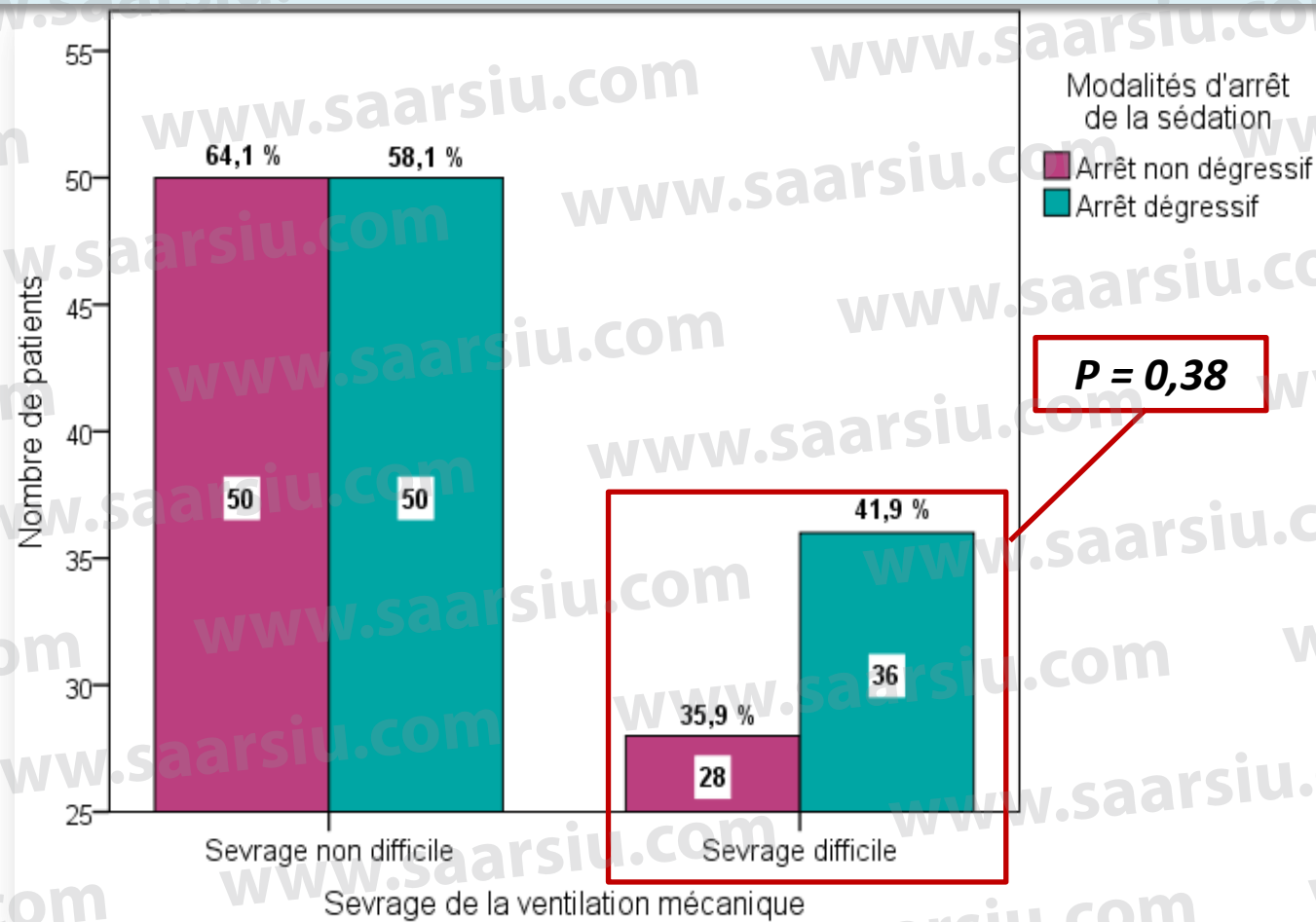


Figure: Incidence des difficultés de sevrage de la ventilation mécanique dans les deux groupes

2.9. Evolution et complications au cours de l'arrêt de la sédation

Auto-extubation au réveil

Tableau : Incidence des auto-extubations au réveil dans les deux groupes

Incidents d'auto-extubation	Arrêt de sédation non dégressif 1	Arrêt de sédation dégressif 2	P
Non	68 (87,2%)	75 (87,3%)	0,61
Oui	10 (12,8%)	11 (12,7%)	1,00

Tableau : Incidence des réintubations après des auto-extubations

Réintubation après auto-extubation	Arrêt de sédation 1 non dégressif (N= 10)	Arrêt de sédation 2 dégressif (N= 11)	P	Total N= 21
Absence de réintubation	6	8	0,8	14
Présence de réintubation	4	3	1	7

2.9. Evolution et complications au cours de l'arrêt de la sédation

Echec d'extubation

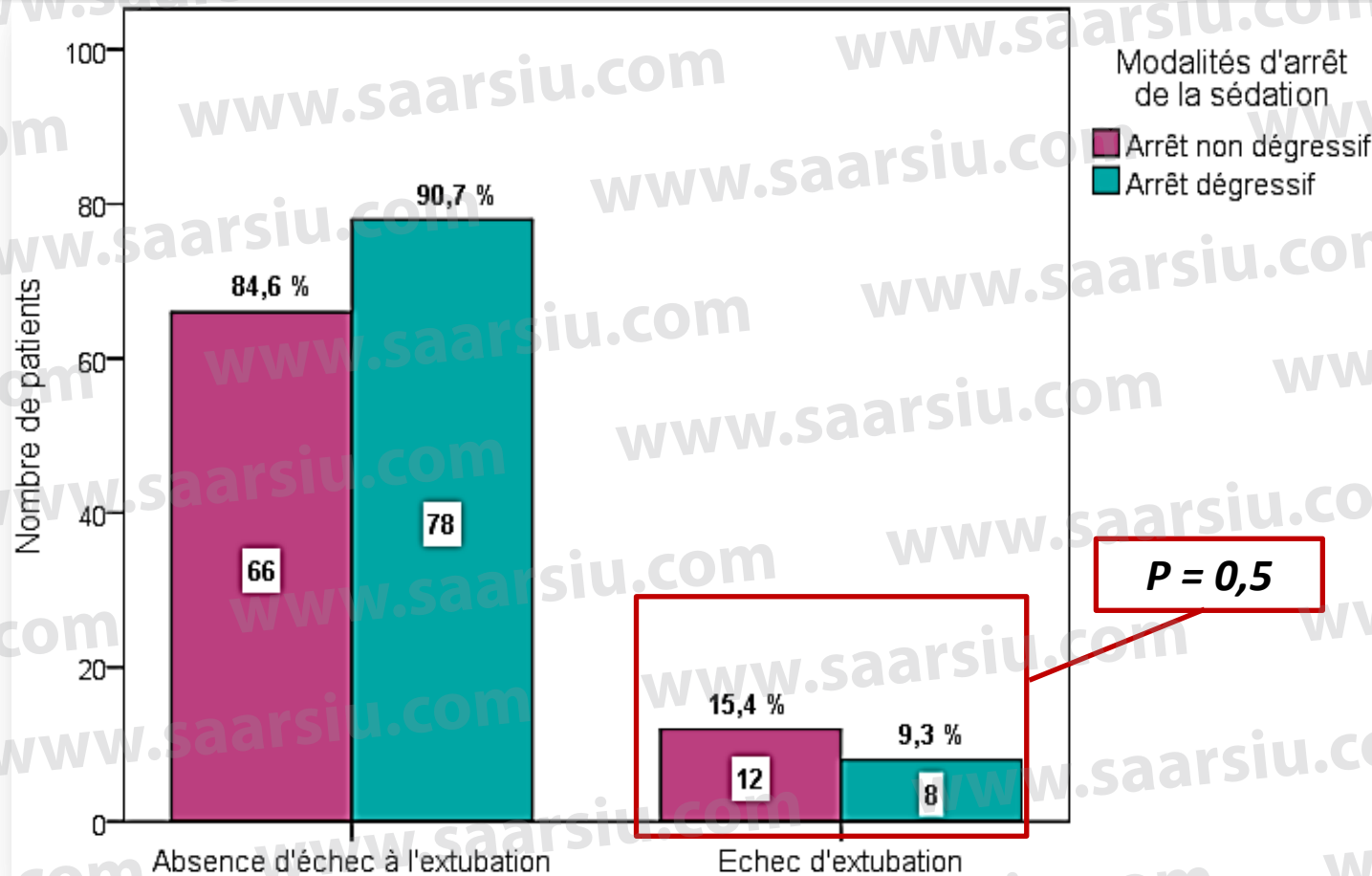


Figure : Incidence des échecs d'extubation dans les deux groupes

2.9. Evolution et complications au cours de l'arrêt de la sédation

Les patients ayant nécessité une trachéotomie

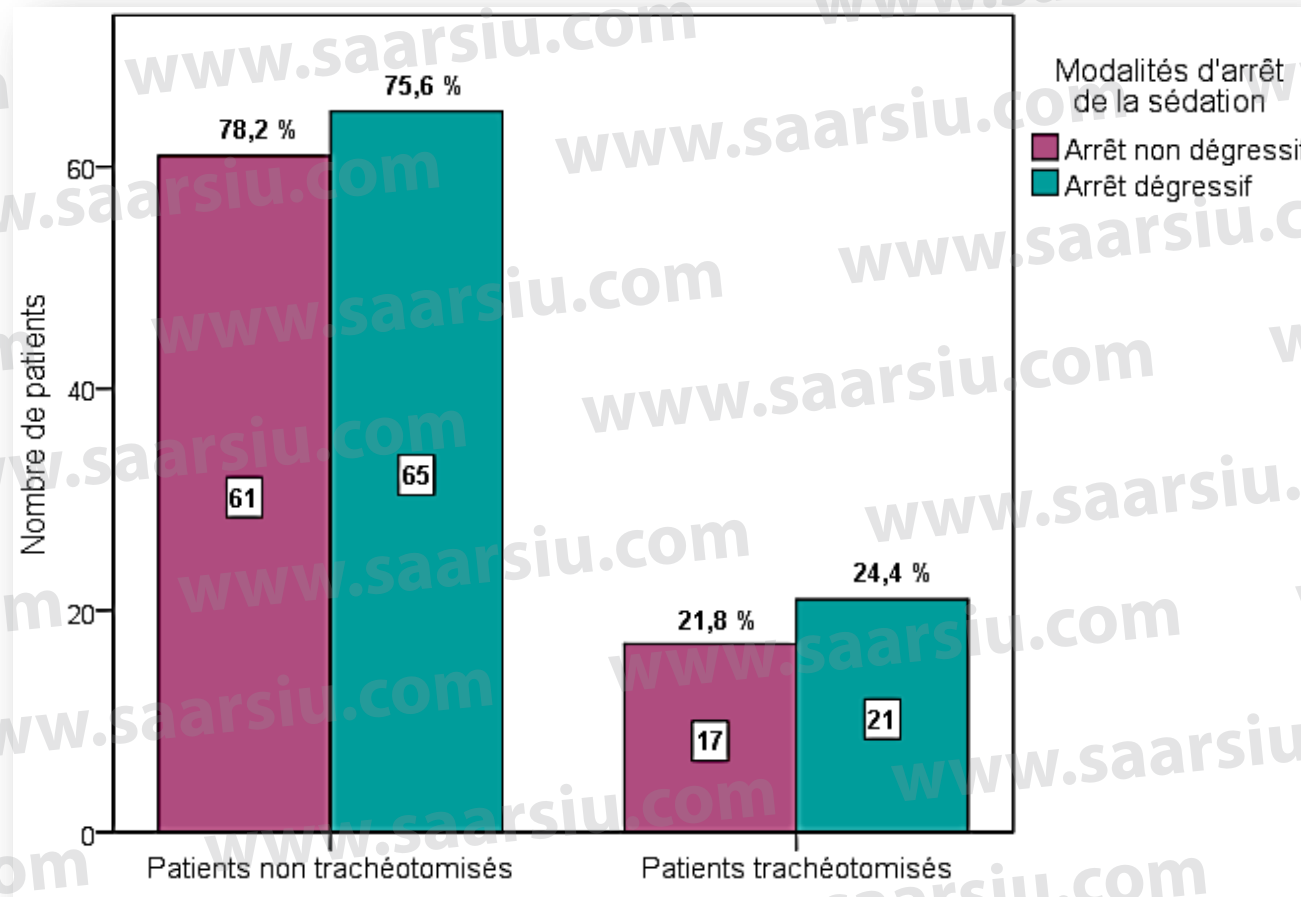


Figure : Incidence des trachéotomies dans les deux groupes

2.10. Durée de séjour

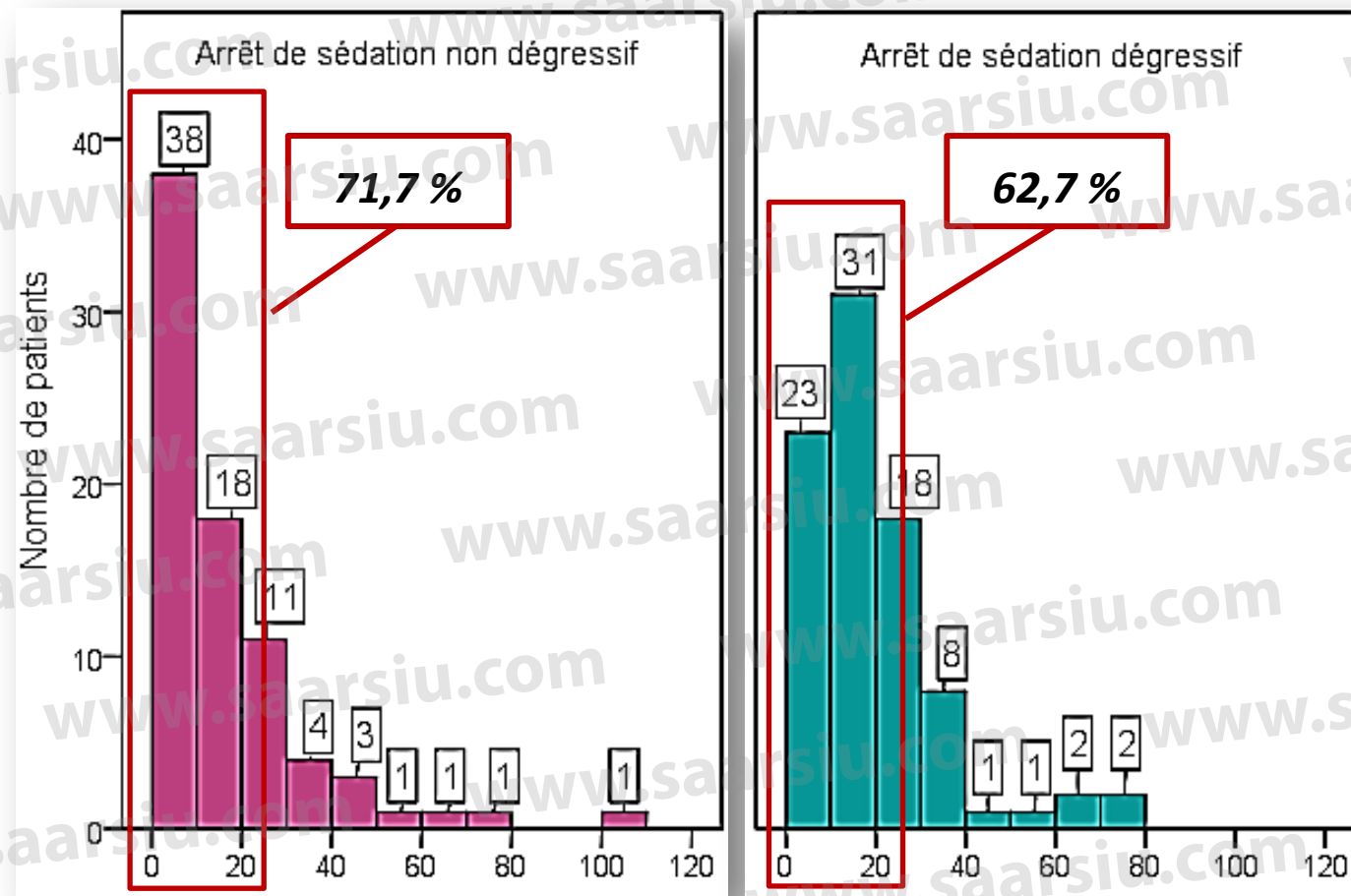


Tableau : Durée de séjour en réanimation.

Durée de séjour (en jours)	Arrêt brutal 1 N= 78	Arrêt dégressif 2 N= 86	P
Moyenne	16,2± 16,8	19 ±14,8	0,27
Médiane (extrêmes)	10 (3-100)	13 (4-77)	

Figure : Répartition dans les deux groupes, des malades selon leur durée (J) de séjour en réanimation.

2.11. Evaluation à la sortie du malade par le Glasgow Outcome Scale (GOS)

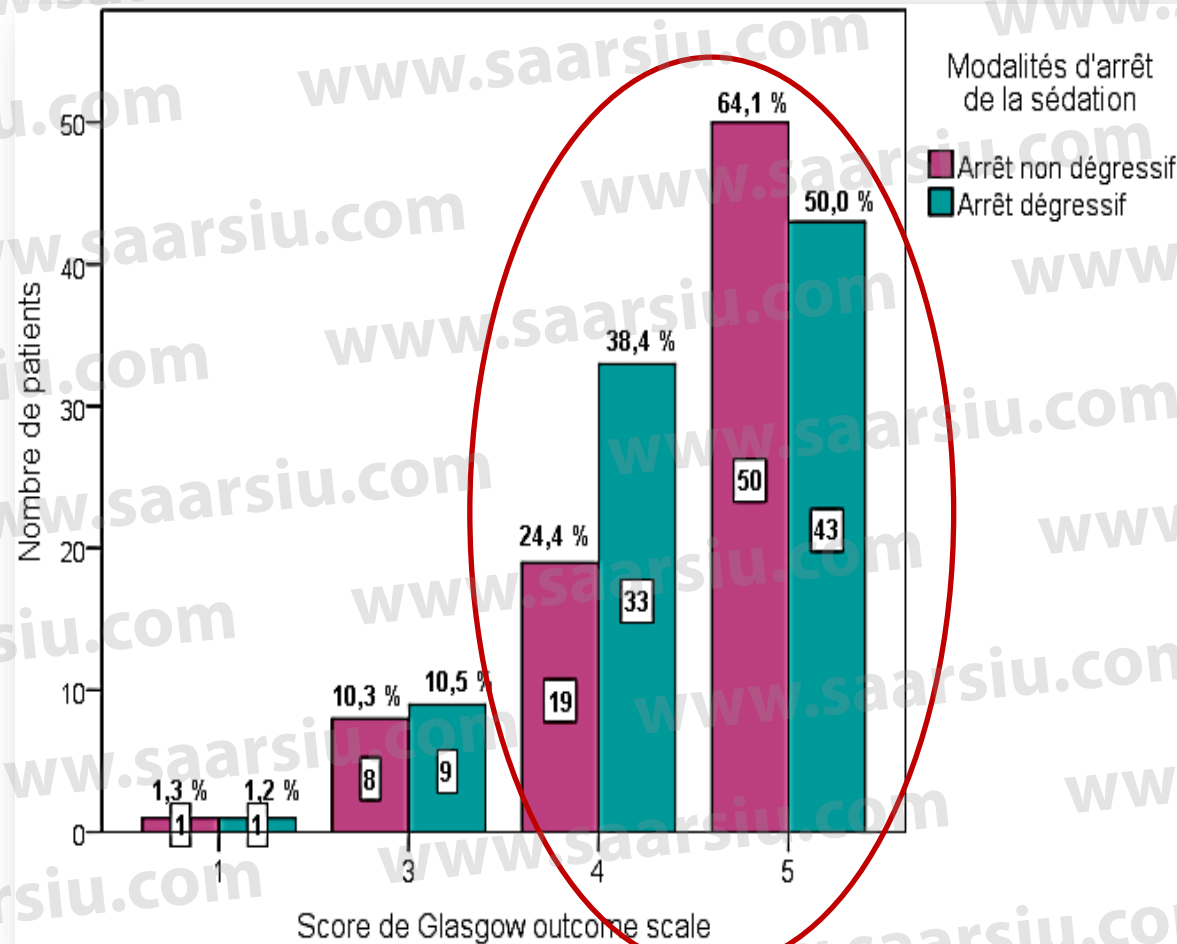


Tableau : Répartition des malades dans les deux groupes selon le GOS.

Glasgow Outcome Scale (GOS)	Arrêt de sédation 1 brutal N= 78	Arrêt de sédation 2 dégressif N= 86	P
Moyenne	4,50 ±0,78	4,36 ±0,76	0,24
Médiane (extrêmes)	5 (1 – 5)	4,5 (1 – 5)	

Figure : Répartition des malades selon les séquelles neurologiques à la sortie (Glasgow outcome scale : GOS).

3. Analyse des sous-groupes par rapport à la durée de ventilation mécanique

NB : Les sous- groupes sont reparties en fonction de la moyenne des variables quantitatives

Tableau : Récapitulatif des comparaisons des sous-groupes en fonction de la durée de ventilation mécanique et par rapport aux deux modalités d'arrêt de la sédation (1).

Paramètres		Durée moyenne de la ventilation mécanique (en jours)		P
		Arrêt sédation brutal (1)	Arrêt sédation dégressif (2)	
Age	< 35 ans	6,22 ±6,8 (n = 51)	8,9 ±8,3 (n = 53)	0,07
	≥ 35 ans	11,33 ±10,19 (n = 27)	14,5 ±11 (n = 33)	0,25
Sexe	Femme	6,5 ± 7 (n = 46)	11 ± 11,6 (n = 40)	0,03
	Homme	10 ±9,7 (n = 32)	11 ±7,8 (n = 46)	0,6
IGS2	< 34	5,8 ±6 (n = 50)	8,4 ±6,7 (n = 46)	0,04
	≥ 34	11,9 ±10,7 (n = 28)	14 ±11,7 (n = 40)	0,45
CGS d'intubation > 7		5,5 ±5,6 (n =32)	9,6 ±6,8 (n = 40)	0,007
Midazolam		9,22 ±9 (n =44)	10,5 ±8,8 (n = 71)	0,45
Diazépam		9,5 ±7,6 (n = 20)	13,25 ±12,6 (n = 17)	0,29

Tableau : Récapitulatif des comparaisons des sous-groupes en fonction de la durée de ventilation mécanique et par rapport aux deux modalités d'arrêt de la sédation (2).

Paramètres		Durée moyenne de la ventilation mécanique (en jours)		P
		Arrêt sédation brutal (1)	Arrêt sédation dégressif (2)	
Durée de la sédation	< 4 jours	4,7 ±4 (n = 57)	6 ±6,4 (n = 31)	0,3
	≥ 4 jours	16,9 ±10,75 (n = 21)	13,8 ±10,25 (n = 55)	0,24
BZD (+) à J3 d'arrêt de sédation		12 ±9 (n = 35)	14,8 ±10,4 (n = 51)	0,19
BZD (+) à J6 d'arrêt de sédation		16 ±8,87 (n = 21)	17,7 ±12 (n = 30)	0,58
BZD (+) à J9 d'arrêt de sédation		19 ±6,73 (n = 7)	18,4 ±7 (n = 9)	0,86
Réveil agité		7,9 ±5,9 (n = 13)	10,5 ±6,9 (n = 25)	0,25
GOS = 5		4,43 ±3,11 (n = 50)	5,7 ±4,18 (n = 43)	0,10

DISCUSSION ET COMMENTAIRES

1. Caractéristiques de l'étude

Force de l'étude :

- Etude prospective
- Instauration d'un protocole de sédation
d'un protocole d'arrêt de sédation
d'un protocole d'anxiolyse
- Utilisation d'une échelle d'évaluation validée
- Dosages pharmacologiques des sédatifs

Faiblesse de l'étude :

- Etude non randomisée
- Non implication de tout le personnel

Etude des biais

- Evaluation de la douleur (-)
- Séquelles neurologiques et VM

2. Type d'étude et nombre de malades :

Auteurs	Année	Type d'étude	Nombre de malades
Devlin et al (P/NP)	1997	Rétrospective « type » avant-après	100
Kollef et al (SC/SD)	1998	Observationnelle prospective	242
Brook et al	1999	Prospective randomisée	321
Kress et al (SC/SD)	2000	Prospective randomisée	128
Elliott et al (P/NP)	2006	Rétrospective « type » avant-après	322
Bucknall et al (P/NP)	2008	Prospective randomisée	312
Anifantaki et al	2009	Prospective randomisée	97
Mehta et al (SC/SD)	2012	Prospective randomisée	430
Reynaud-Davin et al	2012	Observationnelle et prospective	40
Nassar et al (SC/SD)	2014	Prospective randomisée	60
Notre étude	2017	Observationnelle prospective	164

Age :

Auteurs	Année	Age	
		Groupe intervention	Groupe contrôle
Devlin et al. (P/NP)	1997	65,4 ±16,8 ans	70,3 ±18,3 ans
Kress et al (SC/SD).	2000	57 (42-71) ans	61 (40-74) ans
Mehta et al (SC/SD).	2012	57 (46-70) ans	60 (49-70) ans
Robinson et al (P/NP)	2008	37 (27-51) ans	35 (22-51) ans
Nassar et al (SC/SD).	2014	51 (46-59) ans	47 (33-58) ans
Notre étude	2017	36,6 ±16,78 ans	33,2 ±12,9 ans

Durée de la ventilation mécanique :

Dans la population globale :

Durée moyenne de la ventilation mécanique : prolongée de **3** jours dans le groupe ARRÊT DÉGRESSIF par rapport au groupe ARRÊT BRUTAL [**DS**]

Durée moyenne de la sédation : prolongée de **2** jours dans le groupe ARRÊT DÉGRESSIF par rapport au groupe ARRÊT BRUTAL [**DS**]

Incidence des difficultés de sevrage de la VM : plus fréquente dans le groupe ARRÊT DÉGRESSIF par rapport au groupe ARRÊT BRUTAL [**DNS**]

- *DS : différence significative*
- *DNS : différence non significative*
- *VM : ventilation mécanique*

Durée de la vent

Congrès national d'anesthésie et de réanimation 2008. Conférences d'actualisation, p. 247-259.
© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Arrêt de la sédation

J.-F. Payen ^{1,*}, J. Mantz ², B. de Jonghe ³

¹ Pôle d'anesthésie-réanimation, hôpital Michallon, BP 217, 38043 Grenoble, ² Service d'anesthésie-réanimation, Smur, hôpital Beaujon, 92110 Clichy, ³ Réanimation médico-chirurgicale, centre hospitalier de Poissy, 78300 Poissy

* e-mail : jfpayen@ujf-grenoble.fr

Des modalités existent au moment de l'arrêt de la sédation : décroissance progressive, relais médicamenteux, protocoles écrits, alpha2 agonistes, analgésiques non morphiniques. Ces modalités sont à envisager en cas d'administration prolongée (> 7 j) et à fortes doses d'hypnotiques et de morphiniques, source d'état d'agitation et/ou de syndrome de sevrage.

au groupe arrêt brutal de la sédation

Durée de la ventilation mécanique :

Auteurs	Année	Durée de la ventilation mécanique		P
		Groupe intervention	Groupe contrôle	
Devlin et al.(P/NP)	1997	48 heures	61 heures	--
Kollef et al.(SC/SD)	1998	55,6 ±75,6 heures	185 ±190 heures	< 0,001
Brook et al.	1999	55,9 (41-90) heures	117 (96-155,6) heures.	--
Kress et al (SC/SD).	2000	4,9 (2,5-8,6) jours	7,3 (3,4-16,1) jours	DS
Elliott et al. (P/NP)	2006	5,6 (2,9-10,9) jours	4,8 (2,1-9,2) jours	0,99
Bucknall et al. (P/NP)	2008	79 (56-93) heures	58 (44-78) heures	0,20
Robinson et al. (P/NP)	2008	1,2 (0,5-3,0) jours	3,2 (1,0-12,9) jours	0,027
Anifantaki et al.	2009	8,7 jours	7,7 jours	0,7
Mehta et al (SC/SD).	2012	7 (3 à 12) jours	7 (4 à 13) jours	0,52
Nassar et al (SC/SD).	2014	24 (0 - 26) jours	25 (21 - 27) jours	0,16
Notre étude	2017	11 ±9,7 jours	8 ±8,4 jours	0,03

Outils d'évaluation de la sédation

ELSEVIER
MASSONDisponible en ligne sur www.sciencedirect.com

ScienceDirect

Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 27 (2008) 541–551

Texte long du jury

Sédation-analgésie en réanimation (nouveau-né exclu)
Sedation and analgesia in intensive care (with the exception
of new-born babies)P. Sauder^{a,*}, M. Andreoletti^b, G. Cambonie^c, G. Capellier^d, M. Feissel^e, O. Gall^f,
D. Goldran-Toledano^g, G. Kierzek^h, J. Mateoⁱ, H. Mentec^j, G. Mion^k,
J.-P. Rigaud^l, P. Seguin^mAnnales
françaises
d'ANESTHÉSIE
ET DE RÉANIMATION<http://france.elsevier.com/direct/ANFAR/>

Bucknall et al	2008	
Robinson et al	2008	
Mehta et al	2012	
Nassar et al	2014	
Notre étude	2017	

Outils d'évaluation de la sédation

Recommandations pour le choix d'un outil d'évaluation

- 1/ Pour l'évaluation de la douleur, il faut utiliser :
 - chez le patient vigile et coopérant : EVA ;
 - chez le patient inconscient ou incapable de communiquer : BPS ou ATICE.
- 2/ Pour l'évaluation de la conscience, il faut utiliser une des échelles suivantes : Ramsay, RASS ou ATICE. Si la procédure du service utilise une autre échelle, celle-ci peut être conservée.
- 3/ Il est proposé d'évaluer la profondeur de la sédation par l'analyse de l'index bispectral quand les échelles ne peuvent plus détecter une sédation inadaptée : curarisation, coma barbiturique.

Echelle de Ramsay (RSS)

Complications survenant pendant et à l'arrêt de la sédation :

Auteurs	Année	Auto-extubation		P
		Groupe intervention	Groupe contrôle	
Chanques et al.	2006	2%	4%	0,65
Quenot et al.	2007	6%	13%	0,01
Bucknall et al.	2008	1,3%	0,6%	0,61
Marshall et al.	2008	3,8%	10,3%	0,2
Mehta et al.	2012	4,7%	5,8%	0,64
Nassar et al.	2014	3%	7%	0,51
Notre étude	2017	12,7%	12,8%	1,00

Durée de séjour en réanimation :

Auteurs	Année	Durée de séjour		P
		Groupe intervention	Groupe contrôle	
Devlin et al.	1997	3,75 jours	4,33 jours	NS
Kollef et al.	1998	4,8 jours	13,5 jours	< 0,001
Chanques et al.	2006	7 jours	8,5 jours	0,38
Quenot et al.	2007	5 jours	11 jours	0,004
Bucknall et al.	2008	3,9 jours	3,6 jours	0,58
Marshall et al.	2008	10 jours	15,8 jours	0,001
Robinson et al.	2008	4,1 jours	5,9 jours	0,21
Mehta et al.	2012	10 jours	10 jours	0,36
Nassar et al.	2014	8 jours	11 jours	0,59
Moch et al.	2014	5 jours	13 jours	< 0,001
Notre étude	2017	19 jours	16,2 jours	0,27

CONCLUSION

L'analyse de la population globale

IL N'EXISTE PAS DE DIFFÉRENCE SIGNIFICATIVE

sur l'incidence des difficultés de sevrage de la ventilation mécanique
lorsqu'on utilise
un protocole d'arrêt **DÉGRESSIF** ou **BRUTAL** de la sédation continue

La durée de la ventilation mécanique a été **PROLONGÉE** de **3 jours**
lorsque nous avons utilisé un arrêt **DÉGRESSIF** par rapport à un arrêt **BRUTAL**
de la sédation continue

L'analyse des sous-groupes

Les malades ayant reçu une **Sédation ≥ 4 jours**,
la durée de la ventilation mécanique était plutôt **RÉDUITE** de **3 jours**
lorsque nous avons utilisé
un arrêt **DÉGRESSIF** de la sédation au lieu d'un arrêt **BRUTAL**

Un Arrêt **BRUTAL** de la sédation
serait plus indiqué pour une durée de sédation **< 4 jours ?**

Alors qu'un Arrêt **DÉGRESSIF**
serait plutôt indiqué pour une durée de sédation **≥ 4 jours ?**

*Merci
de votre aimable
attention*