

# Rétablissement à la suite d'un séjour prolongé à l'unité des soins intensifs

Matteo Parotto MD PhD, Margaret S. Herridge MD MSc MSP

■ Citation : *CMAJ* 2020 November 30;192:E1637. doi : 10.1503/cmaj.201356-f

Voir la version anglaise de l'article ici : [www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.201356](http://www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.201356)

## 1 Un séjour prolongé à l'unité des soins intensifs (USI) est associé à une incapacité à long terme

Environ 25%–80% des patients hospitalisés dans une unité de soins intensifs (USI) présenteront des atteintes physiques, cognitives ou psychiatriques nouvelles ou aggravées qui persisteront après leur congé de l'hôpital<sup>1,2</sup>. Chez les patients y ayant séjourné longtemps, soit une semaine ou plus sous ventilation mécanique, l'âge et la durée du séjour à l'USI affectent la dépendance fonctionnelle motrice et cognitive une année après le congé de l'USI, indépendamment du diagnostic à l'admission et de la gravité de la maladie<sup>3</sup>.

## 2 Les incapacités physiques peuvent durer des années après une maladie grave

L'exposition prolongée à des sédatifs et des curares et l'immobilité dans le contexte d'une maladie catabolique grave entraîne des atteintes nerveuses et musculaires spécifiques, et un état de faiblesse généralisée associé à l'USI<sup>2</sup>. Ce phénomène s'observe chez 25%–50% des patients au départ de l'USI et persiste après le congé de l'hôpital pendant plus de 24 mois dans environ 10% des cas. Fatigue, spasmes articulaires et atteinte des nerfs périphériques sont souvent rapportés et nuisent aux activités de la vie courante (faire sa toilette, s'alimenter, prendre un bain, marcher)<sup>2</sup>.

## 3 Une dysfonction cognitive affecte environ le tiers des patients<sup>2</sup>

Avec une ampleur comparable à celle d'une démence légère ou d'un traumatisme crânien modéré, une dysfonction cognitive affectant la mémoire, l'attention, la résolution de problèmes et l'exécution de tâches complexes persiste chez environ le tiers des patients 1 an après leur congé de l'USI<sup>4</sup>.

## 4 Des problèmes de santé mentale peuvent se manifester chez les patients et leurs proches aidants

L'anxiété, la dépression et le syndrome de stress post-traumatique s'observent chez environ 25%–35% des patients et 60%–70% des proches aidants<sup>4,5</sup>. Bien qu'on ait décrit certains facteurs de risque, comme l'âge avancé ou l'atteinte cognitive, les patients indemnes de prédispositions sont également susceptibles de développer des séquelles durables<sup>3</sup>.

## 5 Une réadaptation graduelle et personnalisée peut aider, mais le rétablissement n'est parfois que partiel

Aucune intervention vigoureuse n'a permis d'améliorer systématiquement le rétablissement après un séjour prolongé à l'USI<sup>2</sup>. Une approche multidisciplinaire intégrée mettant à contribution des spécialistes de la réadaptation, des psychiatres et des neurologues pourrait être nécessaire et devoir se prolonger après le congé hospitalier<sup>2</sup>.

## Références

1. Herridge MS, Tansey CM, Matté A, et al.; Canadian Critical Care Trials Group. Functional disability 5 years after acute respiratory distress syndrome. *N Engl J Med* 2011; 364:1293-304.
2. Needham DM, Davidson J, Cohen H, et al. Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: report from a stakeholders' conference. *Crit Care Med* 2012;40:502-9.
3. Herridge MS, Chu LM, Matte A, et al.; RECOVER Program Investigators. (Phase 1: towards RECOVER); Canadian Critical Care Trials Group. The RECOVER Program: disability risk groups and 1-year outcome after 7 or more days of mechanical ventilation. *Am J Respir Crit Care Med* 2016;194:831-44.
4. Pandharipande PP, Girard TD, Jackson JC, et al.; BRAIN-ICU Study Investigators. Long-term cognitive impairment after critical illness. *N Engl J Med* 2013;369: 1306-16.
5. Cameron JI, Chu LM, Matte A, et al.; RECOVER Program Investigators. (Phase 1: towards RECOVER); Canadian Critical Care Trials Group. One-year outcomes in caregivers of critically ill patients. *N Engl J Med* 2016;374:1831-41.

**Intérêts concurrents :** Aucun intérêt concurrent déclaré.

Cet article a été révisé par des pairs.

**Affiliations :** Département d'anesthésiologie (Parotto) et Division interdépartementale de médecine intensive (Parotto, Herridge), Université de Toronto; Département de médecine (Herridge), Réseau universitaire de santé, Toronto, Ont.

**Propriété intellectuelle du contenu :** Il s'agit d'un article en libre accès distribué conformément aux modalités de la licence Creative Commons Attribution (CC BY-NC-ND 4.0), qui permet l'utilisation, la diffusion et la reproduction dans tout médium à la condition que la publication originale soit adéquatement citée, que l'utilisation se fasse à des fins non commerciales (c.-à-d., recherche ou éducation) et qu'aucune modification ni adaptation n'y soit apportée. Voir : <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>

**Correspondance :** Matteo Parotto, [matteo.parotto@uhn.ca](mailto:matteo.parotto@uhn.ca)