



ELSEVIER
MASSON

Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com

 ScienceDirect

Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 26 (2007) 496–501

annales
françaises
D'ANESTHÉSIE
ET DE RÉANIMATION

<http://france.elsevier.com/direct/ANNFAR/>

Article original

Délai de la trachéotomie et devenir des patients sous ventilation mécanique

Timing of tracheostomy and outcome of patients requiring mechanical ventilation

Y. Aissaoui*, H. Azendour, H. Balkhi, C. Haimeur, N. Kamili Drissi, M. Atmani

Service de réanimation, département d'anesthésie–réanimation et urgences, hôpital militaire d'instruction des armées Mohammed-V, Rabat, Maroc

Reçu le 6 octobre 2006 ; accepté le 26 mars 2007

Disponible sur internet le 22 mai 2007

Résumé

Objectif. – Évaluer l'impact du délai de la trachéotomie sur le devenir des patients sous ventilation mécanique (VM).

Type d'étude. – Étude clinique rétrospective dans un service de réanimation de 12 lits.

Patients et méthodes. – De janvier 2001 à juin 2005, les patients sous VM, qui ont fait l'objet d'une trachéotomie, ont été scindés en deux groupes : groupe trachéotomie précoce (trachéotomie réalisée durant les sept premiers jours de VM) et groupe trachéotomie tardive (réalisée au-delà de sept jours de VM). La prévalence de la pneumopathie nosocomiale (PN), le succès du sevrage de la VM, la durée de sédation, la durée de VM, la durée de séjour en réanimation et la mortalité des deux groupes ont été analysées.

Résultats. – Durant cette période de quatre ans et demi, 112 patients ont été inclus, dont 62 ont fait l'objet d'une trachéotomie précoce et 50 d'une trachéotomie tardive. Le délai de la trachéotomie n'avait d'influence ni sur la prévalence de la pneumopathie nosocomiale (21 % : groupe trachéotomie précoce vs 31 % : groupe trachéotomie tardive, $p = 0,13$), ni sur le sevrage de la VM (50 vs 36 %, $p = 0,19$) ni sur la mortalité des patients (38 vs 54 %, $p = 0,15$). La trachéotomie précoce était associée à une réduction significative de la durée de sédation (10 ± 3 vs 17 ± 5 jours, $p < 0,001$), de la durée de VM (21 ± 19 vs 29 ± 17 jours, $p = 0,02$) et de la durée de séjour en réanimation (33 ± 22 vs 42 ± 18 jours, $p = 0,042$).

Conclusion. – Dans cette étude, la trachéotomie précoce (≤ 7 jours) était associée à un raccourcissement de la durée de sédation, de la durée de VM et de la durée de séjour en réanimation, alors que la prévalence de la PN, le sevrage et la survie n'étaient pas modifiés par le délai de la trachéotomie.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Objectives. – To assess the impact of tracheostomy timing on outcome of critically ill patients requiring mechanical ventilation (MV).

Study design. – Retrospective clinical study in a twelve beds intensive care unit (ICU).

Patients and methods. – From January 2001 to June 2005, patients under MV who received tracheostomy were divided into 2 groups: early tracheostomy group when tracheostomy was performed before or on day 7 and late tracheostomy group when it was performed thereafter. We compared prevalence of nosocomial pneumonia, length of sedation, lengths of MV, length of stay in ICU, weaning from MV and mortality rates between the 2 groups.

Results. – During this period of 4 years and half, 112 patients underwent tracheostomy, 62 of whom had early tracheostomy and 50 had late tracheostomy. Early tracheostomy was associated with significant reduction of length of sedation (10 ± 3 vs 17 ± 5 days, $P < 0.001$), length of MV (21 ± 19 vs 29 ± 17 days, $P = 0.02$) and length of stay in ICU (33 ± 22 vs 42 ± 18 days, $P = 0.042$). There were no differences in prevalence of pneumonia (21% for early tracheostomy group vs 31% for late tracheostomy group, $P = 0, 13$), weaning from MV (50 vs 36%, $P = 0.19$), and mortality rates between the 2 groups (38 vs 54%, $P = 0.15$).

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : younes.aissaoui@hotmail.com (Y. Aissaoui).

Conclusion. – This study demonstrated that early tracheostomy (≤ 7 days), was associated with shorter length of sedation, shorter duration of MV and shorter ICU length of stay, without affecting weaning from MV, prevalence of nosocomial pneumonia or survival.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Trachéotomie ; Ventilation mécanique ; Réanimation ; Délai de la trachéotomie ; Trachéotomie précoce ; Pneumopathie nosocomiale ; Pronostic

Keywords: Tracheostomy; Mechanical ventilation; Intensive care unit; Tracheostomy timing; Early tracheostomy; Nosocomial pneumonia; Prognosis

1. Introduction

La trachéotomie est l'une des procédures les plus couramment effectuées chez les patients de réanimation nécessitant une ventilation mécanique (VM) [1,2]. Le recours à la trachéotomie est souvent envisagé lorsque la pathologie des patients laisse présager une durée prolongée de VM ou après échec du sevrage [3,4]. L'essor des techniques percutanées ces dernières années, a probablement contribué à l'augmentation du nombre de trachéotomies effectuées en réanimation [5]. Ces techniques sont, en effet de réalisation plus simple, applicables au lit des patients et engendrent moins de complications [6–8].

En comparaison avec l'intubation translaryngée, la trachéotomie possède plusieurs avantages potentiels [3,9–17]. Elle permet de prévenir les lésions laryngées secondaires à l'intubation prolongée [16], de sécuriser l'abord trachéal surtout chez les patients agités, d'améliorer le confort des patients (reprise de l'alimentation orale et du langage articulé, meilleure mobilité), et de faciliter les soins de nursing. La trachéotomie n'impose pas de sédation, contrairement à l'intubation trachéale. Elle permettrait d'accélérer le sevrage de la VM [11, 18]. Par ailleurs, elle améliore l'efficacité des aspirations trachéales et permet une meilleure toilette pulmonaire et pourrait, de ce fait, réduire l'incidence des pneumopathies nosocomiales (PN) [13–15]. Enfin, la trachéotomie possède un effet bénéfique sur la mécanique respiratoire en diminuant les résistances des voies aériennes, l'espace mort et le travail respiratoire [19, 20].

Malgré tous ses bénéfices potentiels, la trachéotomie reste sujette à de nombreuses controverses. Un des éléments du débat concerne le choix du moment le plus adéquat pour réaliser la trachéotomie (précoce ou tardive) et l'impact de ce dernier sur le devenir des patients de réanimation (sevrage de la VM, durée de VM et survie).

L'objectif de notre étude était de préciser l'influence du délai de la trachéotomie sur le devenir des patients sous VM.

2. Patients et méthodes

Cette étude rétrospective a été réalisée dans une unité de réanimation polyvalente d'une capacité de 12 lits. Depuis l'an 2000, nous disposons d'une base de données incluant tous les patients admis au service. Pour la présente étude nous avons extrait les données des patients admis consécutivement sur une période de quatre ans et demi (janvier 2001 à juin 2005). Ont été inclus les patients âgés de plus de 18 ans, qui étaient sous VM (définie par une VM > 48 heures) et qui avaient fait l'objet d'une trachéotomie durant leur séjour en réanimation.

Les patients chez lesquels la trachéotomie a été réalisée avant l'admission en réanimation et les patients chez lesquels l'indication de la trachéotomie était imposée par la chirurgie ont été exclus.

La trachéotomie a été réalisée selon une technique chirurgicale standardisée au lit du patient ou au bloc opératoire. Aucun patient n'a fait l'objet d'une trachéotomie percutanée. Le moment de réalisation de la trachéotomie était choisi en suivant les recommandations de la VIII^e Conférence de consensus de la Société de réanimation en langue française (SRLF) [21]. Les experts de cette conférence préconisent de réaliser la trachéotomie entre le 7^e et le 14^e jour de VM, si la durée prévisible de VM est supérieure à deux semaines.

Les données recueillies concernaient les caractéristiques démographiques des patients, l'état de santé antérieur évalué par la classification de McCabe et Jackson [22], les scores de gravité IGS II (indice de gravité simplifié) [23], APACHE II et (Acute Physiology And Chronic Health Evaluation) [24] et le score de Glasgow (GCS) calculés dans les premières 24 heures, les indications de la VM et le moment de réalisation de la trachéotomie. Les indications de la VM ont été classées en trois catégories : neurologiques, respiratoires et circulatoires. Le nombre de jours entre l'admission en réanimation et la trachéotomie, entre l'initiation de la VM et la trachéotomie, la durée de sédation, la durée de VM (DVM) et la durée de séjour en réanimation (DS) ont été calculés. La survenue d'une pneumopathie nosocomiale (PN), le sevrage de la VM et la mortalité ont également été recueillis.

La sédation a fait appel à une association de fentanyl et de midazolam en administration continue. La posologie était ajustée selon l'état clinique des patients, en utilisant le score de Ramsay.

Le diagnostic de pneumopathie nosocomiale était porté chez un patient sous VM depuis au moins 48 heures, avec apparition ou aggravation d'infiltrats parenchymateux pulmonaires sur les clichés radiographiques, fièvre supérieure ou égale à 38,3 °C ou hypothermie inférieure à 35 °C, hyperleucocytose supérieure ou égale à 10 000/mm³ ou leucopénie inférieure à 4000/mm³, aspirations trachéales purulentes et l'analyse quantitative d'un prélèvement distal protégé (PDP) qui devait être positif à au moins un germe pathogène. Le seuil de diagnostic retenu était de 10³ ufc/ml. Le PDP était réalisé selon la technique du double cathéter protégé [25].

Le sevrage de la VM obéissait à un protocole standard. Les critères prérequis pour entreprendre le sevrage étaient : une stabilité hémodynamique sans support inotrope ou vasopresseur, une fraction inspirée en oxygène inférieure à 50 % et une pression expiratoire positive inférieure à 5 cmH₂O. Ces critères

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2747700>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2747700>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)