

# Le syndrome post-soins intensifs : état de la question

*Post-intensive care syndrome : a status report*

PREVEDELLO D.H., DEVROEY M., STECKELMACHER C., MATOSSIAN A., CRETEUR J. et PREISER J.-C.

Service des Soins intensifs, Hôpital Erasme, Université libre de Bruxelles (ULB)

## RÉSUMÉ

Des dysfonctions mentales, cognitives et physiques peuvent être acquises lors d'un séjour en soins intensifs. Ces dysfonctionnements peuvent entraîner des conséquences à long-terme, rassemblées sous le terme de « *Post-Intensive Care Syndrome* » (PICS). Le niveau de connaissance des professionnels de santé à ce sujet est très variable, ce qui souligne la nécessité de sensibilisation au PICS et à sa prise en charge.

Rev Med Brux 2020 ; 41 : 297-300

Doi : 10.30637/2020.20-071

## ABSTRACT

Attention has recently been drawn towards the acquisition of mental, cognitive and physical impairment during a stay in an intensive care unit (ICU). These impairments can result in long-term consequences, often grouped together as “*Post-Intensive Care Syndrome*” (PICS). The level of knowledge and awareness of healthcare professionals about PICS is highly variable, highlighting the need for improved awareness and better diagnostic tools.

Rev Med Brux 2020 ; 41 : 297-300

Doi : 10.30637/2020.20-071

**Key words :** intensive care, post-traumatic stress disorder, long-term outcome, health-related quality of life

## INTRODUCTION

Comme la récente pandémie COVID-19 l'a rappelé ou mis en lumière pour les professionnels de santé peu familiers avec la médecine intensive, un séjour prolongé dans un service de soins intensifs peut occasionner des séquelles importantes et durables à l'origine d'une diminution de la qualité de vie. En 2012, sous l'égide de la société américaine de soins intensifs, un groupe d'experts a proposé le terme « *Post-Intensive Care Syndrome* » (PICS) pour qualifier les dysfonctions mentales, cognitives ou physiques (locomotrices, sensitives et/ou respiratoires), nouvelles ou préexistantes en aggravation, survenues après une maladie aiguë et qui persistent après le séjour hospitalier<sup>1</sup> (figure). Les symptômes du PICS peuvent être isolés ou présents en association. La prévalence des différentes dysfonctions au cours de l'année qui suit le séjour en soins intensifs peut atteindre plus de 50 %.

Cet article de formation a pour but de sensibiliser la communauté médicale sur l'existence et les conséquences du PICS, en résumant les connaissances actuelles en la matière. Cette revue sera forcément succincte au vu de l'abondance de la littérature sur le sujet (plus de 70.000 publications identifiées lors d'une revue systématique en cours [protocole soumis pour publication : Prevedello DH, Fiore M, Creteur J, Preiser JC. *Intensive care unit follow up: protocol for a scoping review*]).

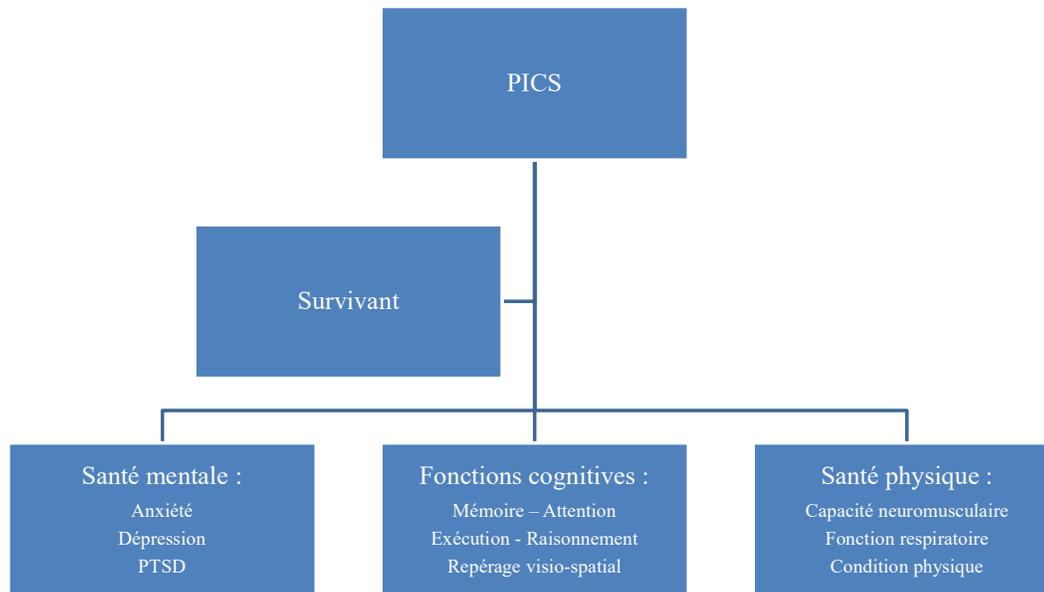
## TROUBLES MENTAUX, COGNITIFS ET PHYSIQUES APRES UN SEJOUR EN SOINS INTENSIFS

### Santé mentale

La santé mentale de patients qui ont survécu à un séjour en soins intensifs peut être altérée dans ses différentes dimensions. Des symptômes d'anxiété, de dépression, voire un tableau de stress post-traumatique (*posttraumatic stress disorder* (PTSD)) ont été rapportés jusqu'à deux ans après la sortie des patients, avec une prévalence de 60 % dans certaines études<sup>2</sup>. Ces données ont été le plus souvent récoltées via des échelles qui ont été validées en collaboration avec des psychiatres. Les diagnostics plus affinés et la prise en charge des désordres mentaux et du PTSD nécessitent bien entendu un partenariat plus étroit avec les professionnels de la santé mentale.

### Dépression

Telle que décrite par l'Association américaine de Psychiatrie dans le « *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* » (5th ed; DSM-V), la présence de symptômes dépressifs a été rapportée chez 4 à 64 % des patients après un séjour en soins intensifs. Même si une interview semi-structurée constitue la technique de référence pour le diagnostic de la dépression, la plupart des données publiées sont basées sur les résultats de questionnaires de type HADS *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS).



Plus spécifiquement, le diagnostic est retenu si la composante « dépression » du score HADS est supérieure à 8, en l'absence de dépression préalable. Ce critère a été retenu en raison de sa sensibilité et une spécificité d'environ 80 % par rapport aux différentes échelles validées et reprises dans le DSM, telles que interviews structurées, échelles d'Hamilton et de Montgomery Asberg *et al.*<sup>3</sup>. En cas de dépression, la qualité de vie, la réintégration dans le milieu professionnel, l'adhérence à la revalidation et aux traitements sont diminuées. Parmi les facteurs de risque de dépression post-soins intensifs ont été identifiés : un niveau socio-économique et éducatif bas, les durées de séjour en soins intensifs, la gravité de la pathologie, la sédation, la survenue d'hallucinations, d'un delirium et des cauchemars durant le séjour<sup>2</sup>.

### Anxiété

L'anxiété peut apparaître après un séjour en soins intensifs avec une prévalence de l'ordre de 30 à 40 % après un an. Comme pour la dépression, c'est l'échelle HADS qui est la plus souvent utilisée pour diagnostiquer une anxiété, avec une valeur-seuil de la composante « anxiété » à 8. Une réduction de la qualité de vie et d'autres anomalies de santé mentale sont généralement associées à la présence d'anxiété. Le principal facteur de risque identifié est la survenue d'hallucinations ou de symptômes psychiatriques durant le séjour hospitalier<sup>2,4</sup>.

### Posttraumatic stress disorder (PTSD)

La dénomination de syndrome de stress post-traumatique (*Posttraumatic stress disorder*, PTSD) a été utilisée pour la première fois pour qualifier l'état mental des militaires américains de retour de la guerre du Vietnam. Selon le DSM-V, la principale caractéristique du

PTSD est le développement de signes de reviviscence, d'évitement et d'hypervigilance qui peuvent se manifester sous des formes diverses (cauchemars, pensées effrayantes, évitement des rappels du traumatisme, sentiment d'engourdissement affectif, de culpabilité marquée, perte d'intérêt, difficulté à se rappeler l'événement traumatisant, réactions de sursaut exagérées, sentiment de tension ou d'être « sur les nerfs », troubles du sommeil).

Un entretien semi-structuré représente la technique diagnostique de référence. Cependant, plusieurs échelles comme l'*Impact of Event Scale* (IES), le *IES-Revised* (IES-R) et le *Posttraumatic Symptom Scale* (PTSS-10) ont été validées<sup>5,6</sup>. La qualité de vie est fortement impactée en cas de PTSD, notamment en raison d'un isolement social, de séparations, de négligence personnelle et d'incapacité à reprendre une activité professionnelle<sup>7</sup>. La prévention d'un PTSD chronique est d'autant plus efficace que les mesures thérapeutiques comme un traitement antalgique, des journaux de bord, une revalidation physique et des consultations de suivi post-soins intensifs sont instaurées rapidement.

### Dysfonctions cognitives

Les fonctions cognitives sont les différentes facettes de la pensée humaine et comprennent la perception, l'attention, la mémoire, le langage et le raisonnement (ou « fonctions exécutives »). Les dysfonctions cognitives post-soins intensifs sont généralement catégorisées en altération nouvelle ou en aggravation de la mémoire, de l'attention, la rapidité de traitement de l'information et du raisonnement et se manifestent avec une prévalence de 10 à 60 %<sup>8</sup>. Ces problèmes cognitifs peuvent perdurer plusieurs années après un

séjour en soins intensifs et affecter la qualité de vie via une détérioration des contacts sociaux et une incapacité à reprendre le travail.

Les tests de type MMSE (*Minimal Mental State Examination*) ou MoCA (*Montreal Cognitive Assessment*) sont régulièrement utilisés plutôt qu'un testing neuropsychologique complet. Parmi les facteurs de risque identifiés, on note la survenue d'un delirium (altération soudaine de la conscience et des fonctions cognitives), dépistable par des échelles de type *Confusion Assessment Method* (CAM-ICU) ou *Intensive Care Delirium Screening Checklist* (ICDSC)) durant le séjour en soins intensifs et des troubles du sommeil sous forme d'insomnie ou de cauchemars<sup>9</sup>.

### Santé physique

La composante « santé physique » du PICS est considérée comme la conséquence de la faiblesse musculaire acquise en soins intensifs (*ICU-acquired weakness*, ICU-AW) qui reflète la perte de masse et de fonction musculaires. La combinaison d'atteintes musculaire et nerveuse dans le cadre de l'inflammation systémique est généralement retenue comme étiologie principale.

Sur le plan clinique, une faiblesse musculaire généralisée et symétrique atteignant les muscles des membres et respiratoires est retrouvée chez 30-50 % des patients. L'instrument clinique le plus fréquemment utilisé pour le diagnostic est le score MRC (*Medical Research Council*) qui évalue la force de 12 groupes musculaires. Une valeur inférieure à 48/60 indique la présence d'une ICU-AW et un score inférieur à 36, une forme sévère. D'autres outils diagnostiques applicables au lit du patient sont la dynamométrie (*handgrip*) et la mesure de la capacité vitale. Enfin, la pression inspiratoire maximale, le test de marche de 6 minute (6MWT) et le test « *timed up and go* » sont utilisés pour évaluer une atteinte des muscles respiratoires, la capacité fonctionnelle à un niveau sous maximal et l'équilibre statique et dynamique. Des évaluations de la masse musculaire par imagerie (scanner, échographie, résonance magnétique) ou bioimpédance sont moins utilisées en routine clinique. L'évolution de l'ICU-AW est généralement lentement favorable et le degré de récupération dépend de l'âge, de l'activité physique et de l'état de santé général.

### Consultations post-soins intensifs

Parmi les stratégies diagnostiques, préventives et thérapeutiques, des consultations de suivi post-soins intensifs en présence d'un médecin intensiviste, d'un infirmier, d'un kinésithérapeute et d'un psychologue ont été proposées et mises en place dans quelques centres, dont l'Hôpital Erasme, en accord et en partenariat avec le médecin traitant. Elles s'intègrent avec d'autres stratégies et initiatives telles que l'atténuation des nuisances sonores et visuelles, l'élargissement des heures de visite, les journaux de bord tenus

par les patients, les proches et le personnel soignant et l'utilisation de moyens non-pharmacologiques (hypnose, musicothérapie, réalité virtuelle).

Les consultations de suivi post-soins intensifs ont déjà été mises sur pied depuis plus de vingt ans, principalement dans les pays anglo-saxons, à l'initiative de cliniciens interpellés par les dysfonctions du PICS au cours du séjour post-soins intensifs et à la sortie de l'hôpital. Les autorités britanniques ont d'ailleurs recommandé en 2009 un suivi post-soins intensifs et des standards de qualité pour ce suivi ont été publiés en 2017 ([www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)). L'expérience des prises en charge dans différents pays est détaillée dans l'ouvrage « *Post-Intensive Care Syndrome* » (Ed Preiser JC, Herridge M, Azoulay E, publié sous les auspices de la Société européenne de Soins intensifs, Springer 2019, <https://doi.org/10.1007/978-3-030-24250-3>). En Belgique, la majorité des services des soins intensifs souhaitent mettre en place un tel suivi, mais sont freinées par des obstacles financiers et de ressources humaines<sup>10</sup>. Parmi les pistes potentielles pour simplifier et faciliter ces consultations, nous pouvons évoquer la mise à disposition de moyens humains (médecin intensiviste, infirmier, psychologue, kinésithérapeute), matériels (locaux et instruments de mesure des performances physique dédiés), un canevas-type du fonctionnement des consultations et une nomenclature permettant le remboursement des consultations de suivi post-soins intensifs.

Les objectifs de ces consultations sont multiples :

- Repérage de dysfonctions mentales, cognitives ou physiques par la réalisation d'une batterie de tests validés. Recommandations de prise en charge envoyées au médecin traitant du patient ;
- Retour sur le devenir des patients auprès des équipes soignantes, proposition de visite des services aux patients ;
- Amélioration de la qualité des soins par l'identification et la correction de sources de nuisances et d'inconfort.

Après quasi trois ans d'expérience à l'Hôpital Erasme, nous pouvons confirmer que ces consultations sont complexes à organiser et que leur bénéfice doit plutôt être pensé en termes de valeur ajoutée pour les patients, leurs proches et les soignants.

Dans le contexte de la pandémie COVID et des nombreux patients dont le séjour en soins intensifs est prolongé, les consultations de suivi et le lien avec la médecine générale et de première ligne sont cruciaux. Notre expérience de suivi des patients post-COVID sera présentée lors d'un symposium organisé par l'AMUB les 26-27 février 2021. Nous y évoquerons le rôle du médecin traitant dans le cadre du dépistage, du diagnostic et de la prise en charge de patients présentant un PICS.

## Messages-clés

Le *post-intensive care syndrome* (PICS) est fréquent et largement méconnu ;

Le PICS peut comporter des altérations de la santé mentale (anxiété, dépression, syndrome de stress post-traumatique), des troubles cognitifs et une faiblesse musculaire ;

La précocité du diagnostic permet d'initier une prise en charge rapide et de limiter les conséquences à long terme du PICS ;

Les consultations multidisciplinaires de suivi post-soins intensifs permettent de dépister systématiquement les signes de PICS et d'enclencher la prise en charge en partenariat avec le médecin traitant.

**Conflits d'intérêt : néant.**

## BIBLIOGRAPHIE

1. Needham DM, Davidson J, Cohen H, Hopkins RO, Weirner C, Wunsch H *et al.* Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit. *Crit Care Med.* 2012;40:502-9.
2. Wolters AE, Peelen LM, Welling, Maardtje C, Kok L, Lange DW De, Cremer OL *et al.* Long-Term Mental Health Problems After Delirium in the ICU. *Crit Care Med.* 2016;44:1808-13.
3. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *J psychosom Res.* 2002;52:69-77.
4. 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 [Internet].* 2016;43:23-9.
5. Horowitz M, Wilner N, W A. Impact of event scale: a measure of subjective stress. *Psychosom Med.* 1979;41:209-18.
6. Weiss D, Marmar C. No Title. In: Wilson J, TM K, editors. *Assessing psychological trauma and PTSD.* New York; 1997:399-411.
7. Bienvenu OJ, Gerstenblith T-A. Posttraumatic Stress Disorder Phenomena After Critical Illness. *Crit Care Clin.* 2017;33:649-58.
8. 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.
9. Barr J, Fraser GL, Puntillo K, Ely EW, Gélinas C, Dasta JF *et al.* Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit: Executive summary. *Am J Heal Pharm.* 2013;70:53-8.
10. Prevedello D, Taccone FS, Preiser JC. A national survey in Belgium on Post-ICU follow-up program. *Int J Crit care Emerg Med.* 2020;6:109.

*Travail reçu le 8 septembre 2020 : accepté dans sa version définitive le 28 septembre 2020.*

### CORRESPONDANCE :

J.-C. PREISER  
Hôpital Universitaire Erasme  
Service des Soins intensifs  
Route de Lennik, 808 - 1070 Bruxelles  
E-mail : Jean-Charles.Preiser@erasme.ulb.ac.be