

Traumatologie

ID: 289

Efficacité et tolérance du décubitus ventral chez les patients cérébro-lésés

C. Bosquet*(1), Y.Launey(2), P.Seguin(2), E.Plainfossé(2)

(1) Réanimation chirurgicale, CHU Rennes, Rennes, France , (2) Réanimation chirurgicale, CHU, Rennes, France

**Auteur présenté comme orateur*

Position du problème et objectif(s) de l'étude:

La survenue d'un SDRA chez un patient cérébro-lésé grave est une situation clinique délicate, associée à une augmentation de la mortalité et une dégradation du pronostic neurologique. La prise en charge du SDRA dans cette situation est moins bien codifiée . Actuellement, la place du décubitus ventral (DV) n'est pas consensuelle en raison de son rôle potentiellement délétère sur l'hémodynamique cérébrale. L'objectif de ce travail était d'évaluer l'impact du DV sur la pression intracrânienne.

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique menée en réanimation chirurgicale au CHU de Rennes entre janvier 2020 et mai 2022. Nous avons inclus les patients majeurs admis pour une agression cérébrale grave avec score de Glasgow (GCS) initial inférieur ou égal à 8, avec monitoring invasif de la pression intracrânienne (PIC), et ayant développé un SDRA modéré ou sévère. Les patients n'ayant pas réalisé de séances de DV ont été exclus. Les données analysées ont été extraites du dossier médical informatisé des patients (données démographiques, cliniques et biologiques). Les comparaisons de variables continues ont été réalisées en utilisant le test de Mann Withney ou le test t de Student selon la normalité des échantillons vérifiée à l'aide du test de Shapiro-Wilk. Les comparaisons de proportions ont été réalisées avec le test exact de Fischer.

Résultats & Discussion:

Sur la période d'étude, 314 patients majeurs ont été admis au sein de notre service pour lésions cérébrales aiguës (traumatisme crânien, hémorragie méningée ou AVC hémorragique) graves (score de Glasgow ≤ 8). Parmi eux, 18 patients ont fait une ou plusieurs séances de DV avec un monitoring invasif de la PIC. Les manoeuvres de DV étaient associées à une amélioration significative de l'hématose (Figure 1) avec une augmentation significative du rapport PaO₂/FiO₂, une diminution significative de la FiO₂, et cela malgré des séances parfois écourtées (55% des premières séances écourtées du fait de l'HTIC avec une durée médiane de 9 heures). Le positionnement en DV entraînait de l'hypertension intracrânienne (HTIC) chez 67% des patients (Figure 2). Aucune différence de mortalité ou de pronostic neurologique entre les patients ayant présenté de l'HTIC avant le DV et ayant passé plus de temps cumulé avec une PIC supérieure à 25mmHg et ceux n'ayant pas présenté d'HTIC avant le DV.

Conclusion:

L'utilisation du DV chez les patients cérébro-lésés graves est efficace pour corriger l'hypoxémie même lorsque les séances doivent être écourtées du fait de l'HTIC. Mais, elle entraîne une augmentation de la PIC et la survenue d'HTIC chez les 2/3 des patients. L'existence d'une HTIC préalable à la mise en DV semble être un facteur de récurrence d'HTIC durant la séance de DV. A ce jour, l'utilisation du DV chez les cérébro-lésés graves relève d'une technique de sauvetage.

	population totale (n=18)		séance de DV écourtée (n=10)		séance de DV de 16h (n=8)				
	pré DV	post DV	pré DV	post DV	pré DV	post DV			
FiO ₂ médiane	83	35	****	80	35	*	90	32	***
PaO ₂ médiane	72	87	*	72	80	\$	72	103	****
PaCO ₂ médiane	43	36	**	42	36	*	46	35	*
PaO ₂ /FiO ₂ médian	124	207	***	145	196	*\$	121	260	***
SpO ₂ /FiO ₂ médian	116	284	****	119	277	****	104	305	***

Figure 1 : Effet sur l'hématose de la mise en décubitus ventral en fonction de la durée de la séance. Valeurs de la valeur p : * p<0,05, ** p<0,001, *** p<0,001, **** p<0,0001 pour les comparaisons entre la valeur pré et post DV d'une population donnée, \$ p<0,05 pour les comparaisons entre les valeurs post DV des séances écourtées et celles ayant durée 16 heures.

	Population totale (n=18)	Absence d'HTIC pré DV (n=8)	HTIC pré DV (n=10)	p
Données neurologiques				
HTIC pendant la séance de DV n (%)	13 (72%)	5 (62%)	8 (80%)	0,61
PIC moyenne (\pm SD), mmHg	19 (\pm 6)	16 (\pm 4)	21 (\pm 6)	0,17
Durée de PIC>20mmHg (\pm SD), min	223 (\pm 258)	96 (\pm 104)	324 (\pm 302)	<0,001
Durée de PIC>25 mmHg (\pm SD), min	95 (\pm 145)	39 (\pm 51)	140 (\pm 180)	0,004
PFC moyenne (\pm SD), mmHg	72 (\pm 10)	70 (\pm 8)	73 (\pm 11)	0,7
Séance de DV écourtée n (%)	10 (56%)	5 (63%)	5 (50%)	0,66
Devenir				
Mortalité en réanimation n (%)	6 (33%)	2 (25%)	4 (40%)	0,64
Durée médiane de ventilation [IQR], jours	17 [15-21]	18 [13-32]	17 [15-21]	0,94
GOS médian sortie réa [IQR]	4 [3-5]	4 [3-4]	4 [3-5]	0,78

Les auteurs déclarent ne pas avoir toute relation financière impliquant l'auteur ou ses proches (salaires, honoraires, soutien financier éducationnel) et susceptible d'affecter l'impartialité de la présentation.