

Gestion des risques, SSPI, UDS

ID: 446

Evaluation des pratiques professionnelles entourant les apports liquidiens en soins critiques. Comparaison entre réalité clinique et données issues du DPI

M. Lapeyre*(1), E.Futier(1), M.Jabaudon(2), B.Pereira(3), T.Godet(1)

(1) Réanimation, CHU Clermont-Ferrand, Clermont-ferrand, France , (2) Pôle de Médecine Péri-opératoire, CHU de Clermont-Ferrand, Clermont-ferrand, France , (3) Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation (DRCI), Secteur Biométrie et Médico-Economique, CHU Clermont-Ferrand, Clermont-ferrand, France

**Auteur présenté comme orateur*

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

L'administration de solutions hydriques IV en soins critiques est un acte souvent systématique dont l'innocuité reste incertaine. Une administration irraisonnée de solutés conduit à une balance hydrique positive, reconnue comme un facteur indépendant de mortalité. L'objectif principal est l'évaluation des facteurs prédictifs de prescription initiale de «perfusion de base», ainsi que sa prolongation ou sa modification au cours du séjour d'un patient de réanimation ou de soins intensifs.

Matériel et méthodes:

Evaluation prospective multicentrique observationnelle des pratiques professionnelles entourant les apports liquidiens, chez tous les patients admis en soins critiques, pendant un mois. Un relevé exhaustif des solutés administrés a été réalisé: apports nutritionnels (parentéral, entéral, oraux, boissons) et apports liquidiens (volumes des pousse-seringues, des médicaments, des solutés d'expansion volémique, des produits sanguins labiles, des solutés administrés en continu pour hydratation appelés «perfusion de base»). La soif a été colligée toutes les 4 heures. L'évaluation des facteurs prédictifs de prescription initiale de perfusion de base, ainsi que la prolongation ou la modification de celle-ci ont été réalisés par analyses uni- et multi-variées. L'évolution des catégories de fluides au cours du séjour et leur impact sur la balance hydrique ont été évalués. Les volumes ont été comparés à ceux issus du DPI. Avis favorable du comité d'éthique local (IRB 00013412).

Résultats & Discussion:

Les données de 102 séjours sont présentées (572 jours-patients). Le seuil de "perfusion de base" a été fixé arbitrairement à 500 mL/24h. A J0, 39% des patients avaient une base. Les facteurs associés étaient le type d'admission ($p=0.049$), l'absence de nutrition parentérale ($p=0.02$) ou de capacité à boire ($p=0.04$), et la présence d'un drainage thoracique ou abdominal ($p=0.03$). A J5, 75% n'en recevaient plus. Sa prolongation dépendait du score IGSII (OR1.04;IC95% [1.01-1.07]; $p=0.02$) et de l'absence de parentérale (OR0.04;IC95% [0.01-0.04]; $p<0.001$). La diminution de la base dépendait de la présence d'une nutrition parentérale (OR0.1;IC95% [0.2-0.5]; $p=0.003$). L'initiation de la prescription au cours du séjour dépendait de l'IGSII (OR1.06;IC95% [1.008-1.108]; $p=0.02$), de la présence d'une parentérale (OR 0.04;IC95% [0.005-0.247]; $p=0.001$) et d'une entérale (OR3.009;IC95% [1.003-9.032]; $p=0.049$), d'une sédation (OR6.9;IC95% [1.9-24.9]; $p=0.003$) ou d'une intubation (OR4. IC95% [1.1-19.8]; $p=0.03$).

Conclusion:

Les facteurs prédictifs entourant la prescription initiale d'une « perfusion de base », ainsi que la prolongation ou la modification de celle-ci au cours du séjour d'un patient de soins critiques sont complexes. Une analyse dynamique des données à l'aide d'un modèle multi-état type Markov ainsi qu'une analyse de sensibilité du seuil de perfusion continue sont en cours.

Remerciements:

Nous souhaitons remercier l'ensemble des équipes médicales et paramédicales pour leur patience et leur rigueur ayant permis de réaliser les inclusions.

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.