

LE SYNDROME POST-ICU DE COVID19 - Marcos Ríos Lago, coordinateur de l'unité des lésions cérébrales de l'hôpital Beata María Ana (Madrid)

Un séjour dans les unités de soins intensifs (USI) permet de sauver de plus en plus de vies. Le progrès des connaissances et des technologies médicales disponibles dans ces services permettent à de nombreuses personnes de survivre. Bien que cette admission ne soit pas sans difficultés. Parmi elles, on peut citer ceux regroupés sous le nom de *syndrome post-intensif* (ou PICS de l'anglais Post Intensive Care Syndrome), décrit pour la première fois en 2012 (**Needham et al.**, 2012). Les longues hospitalisations dans les unités de soins intensifs que de nombreux patients ont dû subir en raison de la pandémie de Covid-19 ont mis sur la table les besoins de réhabilitation de ceux qui présentent le syndrome dit post-USI.

Le PICS est caractérisé par l'apparition de difficultés physiques (douleur, faiblesse, etc.), de troubles cognitifs (difficultés d'attention, mémoire et lenteur dans le traitement de l'information) et de problèmes émotionnels (tels que l'anxiété, la déprime, l'apparition possible d'un stress post-traumatique). Ces difficultés peuvent survenir pendant le séjour dans l'unité de soins intensifs, après la sortie et, dans de nombreux cas, à moyen et long terme après l'admission.

Selon **Ohtake et al.** (2018), **au cours de la première année suivant leur admission aux soins intensifs, ces patients présentent des difficultés qui sont incluses dans les trois domaines de la Classification internationale du fonctionnement (CIF)**, notamment des altérations des fonctions et structures corporelles, des limitations d'activité et des limitations de participation. **Cela implique de sérieuses difficultés pour effectuer les activités de base et instrumentales de la vie quotidienne, ainsi que des difficultés pour reprendre la conduite ou conserver un emploi, ce qui affecte la qualité de vie et le retour à une activité normale.**

Altérations physiques

D'un point de vue physique, **Lane-Fall et al.** (2018) **soulignent que la faiblesse musculaire est très courante. Ce phénomène est d'autant plus prononcé que le séjour en soins intensifs est long** et tend à affecter davantage les muscles squelettiques que les muscles lisses. De plus, **cette faiblesse est également observée dans les muscles oropharyngiens**, ce qui semble être lié aux problèmes de **dysphagie** observés. **La situation de la ventilation mécanique et la possibilité d'une trachéotomie sont également liées à ces difficultés de déglutition.**

Ainsi, les altérations de nature physique les plus fréquentes sont:

- faiblesse musculaire
- perte de masse musculaire, généralement symétrique dans les deux hémisphères
- difficultés de marche
- faible tolérance à l'exercice physique
- détresse respiratoire
- les problèmes de déglutition

Les troubles cognitifs

Altérations

cognitives

En ce qui concerne les performances cognitives, **au moment de la sortie de l'unité de soins intensifs, les altérations cognitives peuvent toucher 70 à 100 % des patients.** Un an plus tard, 46 à 80 % d'entre eux souffrent encore de cette baisse de performance, et 20 % conservent ces difficultés 5 ans après leur admission aux soins intensifs (**Sheehy et al.**, 2020). **Une des causes possibles de détérioration persistante après l'admission pourrait être une hypoglycémie, une hyperglycémie ou des fluctuations du glucose sérique** pendant cette période, selon **Inoue et al.** (2019). **L'étude souligne également l'influence de la présence de délire et de stress aigu pendant l'hospitalisation.** Toutes les composantes de la cognition peuvent être plus ou moins affectées, mais les prin-

cipales sont les difficultés d'attention, les altérations des compétences visuo-spatiales, de la mémoire (y compris la mémoire de travail) et des fonctions exécutives. **Il existe une grande variabilité entre les patients, ce qui nécessiterait une évaluation spécifique de chaque personne (Sheehy et al., 2020).** Cette évaluation doit prendre en compte l'impact sur la vie quotidienne et la qualité de vie des éventuelles difficultés présentées par l'individu.

Certains auteurs soulignent que, trois mois après la sortie de l'unité de soins intensifs, 40 % des patients présentent une performance cognitive équivalente à celle d'un patient ayant subi un traumatisme crânien modéré, et 26 % des patients présentent une performance similaire à celle d'une personne ayant reçu un diagnostic de maladie d'Alzheimer légère. En outre, ces faibles performances persistent souvent 12 mois après la sortie de l'hôpital, 34 à 24 % des patients conservant des performances équivalentes. Ces altérations se sont produites dans toutes les tranches d'âge (Pandharipande et al., 2013 ; Sheehy et al. 2020), et peuvent être soit nouvelles, soit présentes sous la forme d'une aggravation des caractéristiques et des difficultés préexistantes. Il convient de noter que, **d'un point de vue rééducatif, les difficultés d'orientation, d'attention, de mémoire et de rapidité de traitement ont montré une bonne réponse aux programmes de stimulation cognitive. Cependant, les modifications des fonctions exécutives nécessitent des programmes d'intervention plus complexes (Lane-Fall et al. 2016).**

Ainsi, en guise de résumé, on peut souligner que les altérations cognitives les plus fréquentes sont

- les altérations de la mémoire
- problèmes d'attention
- la lenteur du traitement de l'information
- délire
- les états de confusion
- la présence d'hallucinations
- les modifications des fonctions exécutives

Altérations émotionnelles

La plupart des patients déclarent avoir subi une grave perturbation de leur vie quotidienne, dans laquelle des symptômes émotionnels de forte intensité apparaissent pour ceux qui n'étaient pas préparés. Il convient également de noter qu'il ne s'agit pas d'une situation imaginaire. Au contraire, la peur est intense et réelle. Certaines réactions peuvent être associées à la corrélation physiologique de la sédation ou de la ventilation mécanique, augmentant le niveau de catécholamines et donc l'anxiété, l'agitation et même le sentiment de terreur. Ajoutez à cela les éventuelles limitations de mouvement (parfois restreintes pour la propre sécurité du patient), et ces sentiments peuvent s'accroître. Ainsi, afin de minimiser l'impact de l'admission en USI, des améliorations des protocoles sont envisagées, telles qu'une meilleure gestion de la sédation (en faveur d'une sédation intermittente ou minimale).

Des effets émotionnels néfastes ont été signalés à la suite d'une hospitalisation en soins intensifs. La dépression (30 %), l'anxiété (70 %) et le syndrome de stress post-traumatique (SSPT ; 10 à 50 % des cas) sont les principales maladies mentales associées à la PICS. Même deux ans après leur admission, certains patients présentent un SSPT (22 % - 24 %), une dépression (26 % - 33 %) et une anxiété généralisée (38 % - 44 %) (Sheehy et al., 2020). Il peut également être courant de revivre les images de l'USI sous forme de souvenirs intrusifs, de terreurs nocturnes ou de cauchemars, même après la décharge. La croyance répandue selon laquelle les patients ne se souviennent pas de ce qui s'est passé aux soins intensifs semble être fausse, car jusqu'à 88% de ces personnes ont ces souvenirs indésirables. Cela signifie une grave réduction de la qualité de vie, un fonctionnement quotidien moins bon, des périodes d'invalidité plus longues et une augmentation des coûts des soins de santé.

L'apparition de troubles du sommeil peut également être signalée comme pertinente. Parfois,

elle est la conséquence de l'altération des cycles normaux de sommeil et d'éveil, et elle peut être l'un des premiers signes qui indiquent la présence d'un PICS.

Enfin, **le trouble de stress post-traumatique mérite une mention particulière car il touche entre 10 et 39 % des patients après une hospitalisation en soins intensifs.** C'est peut-être la composante la mieux identifiée et la mieux traitée de celles qui se présentent avec le PICS. Elle peut faire suite à un événement menaçant ou à un manque de sécurité perçu. Le principal problème du SSPT est la possibilité de persistance des symptômes à très long terme (même 14 ans après l'événement traumatique). C'est pourquoi il est important de l'identifier et d'enseigner aux patients des stratégies de gestion et d'adaptation qui minimiseront l'impact de cette situation.

Parmi les facteurs de risque d'apparition de ces difficultés figurent l'existence de maladies psychiatriques antérieures, l'apparition de symptômes pendant la période d'hospitalisation, le fait d'être jeune, de sexe féminin, au chômage, de consommer de l'alcool et l'utilisation de sédatifs opiacés pendant la période de soins intensifs (**Inoue et al.**, 2019 ; **Sheehy et al.**, 2020).

Ainsi, en résumé, les perturbations émotionnelles les plus fréquentes sont

- dépression
- anhedonia
- anxiété
- le syndrome de stress post-traumatique (SSPT)
- les troubles du sommeil et de l'éveil

Autres formes spécifiques : patients familiaux et pédiatriques

Enfin, cette situation n'est pas exclusive aux adultes, et deux formes spécifiques de PICS ont été décrites : PICS-f, applicable aux familles des patients, et PICS-p, spécifique à l'âge pédiatrique.

D'une part, l'apparition de difficultés également dans la famille (PICS-f) implique l'anxiété (70%), la dépression (35%), le stress post-traumatique (35%) et d'autres problèmes tels que la fatigue, un comportement à risque accru, des problèmes de sommeil ou des troubles alimentaires, entre autres. Elles peuvent également être persistantes et se prolonger au-delà de l'année (**Inoue et al.**, 2019 ; **Torres et al.**, 2017). **Torres et al.** (2017) signalent également que **les soins prodigués à un patient après le dépistage affectent les plans de vie, les relations sociales, les performances professionnelles et peuvent favoriser l'émergence de conflits familiaux.** Certaines de ces difficultés n'apparaissent pas soudainement dans la phase aiguë, mais se développent plutôt progressivement et acquièrent un caractère cliniquement pertinent au cours des premières semaines ou des premiers mois suivant la sortie de l'unité de soins intensifs, ce qui peut également être associé à une difficulté à gérer les nouveaux rôles des soignants (**Sheehy et al.**, 2020).

Récemment encore, en 2018, un PICS pédiatrique (PICS-p) a été décrit. **Le syndrome post-ICU chez les enfants est très similaire à celui dont souffrent les adultes, mais il implique une meilleure compréhension de l'impact des difficultés dans les différentes tranches d'âge.** Ainsi, il est nécessaire d'optimiser les procédures d'évaluation et de détection qui permettent la mise en œuvre de programmes d'intervention également spécifiques.

Intérêt pour les possibilités de traitement et de réadaptation post-ICU

Compte tenu de la forte prévalence de ces altérations, il semble raisonnable que tous les patients ayant subi une admission aux soins intensifs soient évalués dans le but d'exclure la présence de l'une des difficultés décrites. Lorsque des altérations sont détectées, un programme de réhabilitation peut être lancé pour récupérer les fonctions affectées et, dans tous les cas, minimiser l'impact des difficultés détectées. Pour chacun des problèmes décrits, il existe des options thérapeutiques qui se sont avérées efficaces chez d'autres types de patients (AVC, ECT, etc.).

Cette approche doit être multidisciplinaire. Après l'évaluation et la détection éventuelle des symptômes, il sera nécessaire de procéder à un suivi, ce qui implique un bilan physique et un autre du fonctionnement psychologique, cognitif et familial. Le début d'un traitement psychologique ou psychiatrique doit commencer dès que possible après la sortie de l'hôpital si des symptômes sont détectés chez le patient.

Il semble évident que le lancement précoce d'un processus de réadaptation entraîne une amélioration des performances physiques à court terme (**Fuke et al., 2017**). Certaines interventions ont également réduit la probabilité de SSPT, comme la «simple» tenue d'un journal pendant l'admission (préparé par l'équipe soignante et la famille, consignnant quotidiennement ce qui s'est passé pendant le séjour dans l'unité de soins intensifs, en utilisant un langage simple et avec des photographies pour l'illustrer - **Fuke et al., 2017**).

D'autres auteurs proposent l'intégration d'un professionnel de la neuropsychologie dans l'équipe de l'USI (**Dodd et al., 2018**). Toutefois, il n'est pas certain que les soins immédiats, s'ils sont conformes aux phases de soins intensifs, permettraient de minimiser l'impact à moyen et long terme, de sorte que des processus de réadaptation après la sortie de l'hôpital pourraient être nécessaires. En ce sens, **le travail avec les neuropsychologues pendant la phase post-aiguë et dans le suivi à moyen et long terme a montré des niveaux élevés de satisfaction des personnes touchées et de leurs familles, améliorant ainsi les soins et le bien-être (Dodd et al., 2018). Pour Merbitz et al. (2016), il est important de comprendre la complexité de la situation post-ICU et d'intervenir à la fois sur les déficits (en essayant de rétablir les performances antérieures) et sur les questions émotionnelles et relationnelles (rôles, famille, etc.), ainsi que sur l'environnement familial.**

Considérations finales

Tous les changements physiques, cognitifs et émotionnels décrits sont profonds et durables. L'impact peut être très important et générer des séquelles incompatibles avec une vie sociale, familiale et professionnelle correcte.

Au cours des premières phases de l'admission aux soins intensifs, la littérature actuelle montre des tentatives d'optimisation des procédures de soins aux patients, de réduction de la douleur, de gestion de la sédation, d'optimisation des sons et des lumières des équipements de surveillance des patients, d'inclusion de la physiothérapie et du traitement cognitif, ainsi que d'augmentation des temps d'accompagnement par les familles.

Cependant, ces procédures ne sont pas très répandues et **il est nécessaire de suivre et de soigner ces personnes après leur sortie de l'USI.** Il existe une possibilité clairement identifiée de répondre aux besoins de soins des patients atteints de PICS, mais il est important qu'ils soient identifiés, évalués et qu'ils entament un traitement multidisciplinaire **qui ne se concentre pas sur un seul aspect du syndrome**, allant des composantes plus physiques au besoin d'écoute et de compréhension.

Enfin, la PICS a été détectée récemment (2012), mais elle est devenue particulièrement pertinente ces dernières semaines, lorsque le nombre d'admissions dans les USI a augmenté en raison de la pandémie de Covid-19. **Bien que les difficultés associées à Covid-19 mériteraient un article spécifique, il est possible de souligner que bon nombre des altérations décrites ici ont également été observées sous forme de symptômes et de troubles présents après une admission pour Covid-19.** Cette maladie fait actuellement l'objet d'une enquête et nous sommes sûrs que nous disposerons de descriptions détaillées pour la caractériser. Cette maladie est actuellement en cours d'investigation et nous disposerons certainement de descriptions détaillées pour la caractériser. Cependant, il est très possible que, chez les patients hospitalisés, il y ait des difficultés liées à la PICS que nous devrions envisager.

Referencias

- Beusekom et al. (2016). Charge déclarée pour les soignants informels des survivants des soins intensifs : A literature review. Crit Care, 20 : 16

- Cameron et al. (2016). RECOVER Program Investigators (Phase 1 : towards RECOVER) ; Canadian Critical Care Trials Group. One-Year Outcomes in Caregivers of Critically Ill Patients (Résultats sur un an chez les soignants de patients en phase critique). *N Engl J Med*, 374 : 1831-1841
- Dodd et al, (2018). Optimisation du suivi des soins neurocritiques par l'intégration de la neuropsychologie. *Pediatr Neurol*. 89 : 58-62
- Fuke et autres, (2018). Early rehabilitation to prevent postintensive care syndrome in patients with critical illness : a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 8(5):e019998.
- Harvey y Davidson (2016). Le syndrome de soins post-intensifs : les bons soins, maintenant et plus tard. *Crit Care Med*. 44 : 381-5.
- Inoue et al. (2019). Le syndrome post-traitement intensif : sa physiopathologie, sa prévention et ses orientations futures. *Acute Medicine & Surgery*, 6 : 233-246
- Lane-Fall et al. (2018). The Lifetime Effects of Injury : Syndrome des soins post-intensifs et syndrome de stress post-traumatique. *Clinique d'anesthésiologie*. 18 : 1932-2275
- Martín Delgado y García de Lorenzo y Mateos (2017). Sobrevivir a las unidades de cuidados intensivos mirando a través de los ojos de la familia. *Medicina Intensiva*. 41 : 451-453
- Merbitz et al. (2016). Après les soins intensifs : Les défis de la transition vers la réadaptation en milieu hospitalier. *Psychol. de réadaptation*. 61 : 186-200.
- Needham et al. (2012). Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit : Rapport d'une conférence des parties prenantes. *Crit Care Med*, 40 : 502-509
- Ohtake et al. (2018). Physical Impairments Associated With Post-Intensive Care Syndrome : Examen systématique basé sur la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé de l'Organisation mondiale de la santé. *Phys Ther*. 98:631-645.
- Torres et autres (2017). L'impact des composantes du syndrome des soins intensifs du patient sur la charge du soignant. *Med Intensiva*. S0210-5691(17)30004-9.