



Disponible en ligne sur [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)



journal homepage: <http://france.elsevier.com/direct/REAURG/>



## ÉDITORIAL

# La neurologie : le territoire inoccupé de la réanimation

## Neurology: The nonoccupied field in critical care medicine

L'actualité en réanimation s'enrichit jour après jour d'études neurologiques. La reconnaissance que les complications neurologiques liées aux pathologies de réanimation ou consécutives aux traitements administrés aient une prévalence élevée et mettent en jeu le pronostic vital et fonctionnel est sans doute le principal facteur explicatif de ce phénomène, le delirium et les neuromyopathies acquises en réanimation étant les exemples les plus parlants [1,2]. Une fois l'importance reconnue ou pressentie de ces complications, un effort remarquable a été réalisé pour que soient mieux définie leur taxinomie et déterminés leurs mécanismes physiopathologiques, entraînant naturellement le développement ou l'application d'outils clinimétriques ou paracliniques. Il pourrait, par exemple, s'agir de l'adaptation du score Confusion Assessment Method (CAM) [1] ou de la technique de stimulation directe musculaire [3] qui permettent de diagnostiquer, respectivement, un delirium ou une myopathie chez les patients de réanimation. Mais à partir de ces deux pathologies, c'est toute la Neurosciences qui pourrait être investie, qui le sera. En effet, on s'interroge déjà sur les liens entre sédation, sommeil et delirium, convoquant ainsi les domaines vastes de la neuropharmacologie et de l'hypnologie. La compréhension de la physiopathologie des neuromyopathies acquises en réanimation ne pourra progresser qu'avec l'aide des médecins et chercheurs étudiant les neuropathies périphériques et myopathies. Nous pourrions multiplier à l'envi les exemples. Citons les troubles cognitifs et neuropsychologiques dont souffrent nos patients au sortir de la réanimation, la prédiction du devenir neurologique des patients en coma postanoxique ou le traitement de l'état mal épileptique. Ils sont autant de passerelles vers la neurologie et les neurosciences. La technologie n'est pas en

reste comme l'illustre la *neurally adjusted ventilatory assist* (Nava).

Le vieillissement de la population implique que de plus en plus de patients de réanimation ont une maladie neurologique qui peut, d'une part, être à l'origine de complications ou difficultés propres nécessitant un avis spécialisé, d'autre part, susciter des interrogations éthiques quant à l'admission ou à la limitation des soins en réanimation. Une méconnaissance de la qualité de vie et du pronostic neurologique de ces patients peut aboutir à des décisions critiquables. Notre propos n'est nullement d'ériger des recommandations, mais de dire qu'un dialogue entre médecins réanimateurs, neurologues et rééducateurs doit être sur ce sujet amorcé car il sera un jour indispensable. Il serait à ce titre pertinent de sonder les a priori, notions et connaissances que nous, réanimateurs, avons sur la qualité de vie, les traitements et aides des patients neurologiquement handicapés.

Le rôle fondamental dans l'homéostasie du système nerveux est un autre champ d'échanges entre la réanimation et les neurosciences. La modulation du contrôle neurovégétatif des systèmes immunitaires ou cardiocirculatoires au cours du choc septique n'est plus de l'ordre de l'élucubration, mais une réalité scientifique. La réponse à l'agression, qui intègre les systèmes neuroendocriniens, neurovégétatifs et comportementaux, est une autre question physiologique et physiopathologique majeure de la réanimation. En effet, ne nous demandons nous pas, à chaque fois et inéluctablement, si le patient réagit, et conséquemment si nous l'aidons à réagir, de manière adaptée à la situation catastrophique qu'il subit? Nous imaginons l'étendue de la frontière avec les neurosciences que soulève à soi seule cette question.

D'aucuns diraient que nous ne sommes pas loin de déclarer que tout est neurologique en réanimation. L'enjeu à notre avis est de déterminer comment notre discipline doit appréhender les évolutions démographiques vers une plus grande proportion de patients neurologiques, les conséquences neurologiques à court, moyen et long terme de la réanimation, ainsi que le développement des neurosciences et des techniques d'explorations neuroradiologiques et neurophysiologiques. Nous pensons qu'il faudrait favoriser la formation d'équipes pluridisciplinaires intégrant un réanimateur neurologue. Cette stratégie permettra par ailleurs de préserver le caractère transversal et interactif de notre profession, mais également de respecter celui essentiel de l'exercice de la neurologie qui est, malgré les progrès technologiques, d'être éminemment clinique. Cette politique aboutira surtout à l'élaboration d'un savoir-faire neurologique propre à la réanimation.

## Références

- [1] Ely EW, Shintani A, Truman B, Speroff T, Gordon SM, Inouye SK, et al. Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit. *JAMA* 2004;291:1753–62.
- [2] De Jonghe B, Sharshar T, Lefaucheur JP, Authier FJ, Durand-Zaleski I, Boussarsar M, et al. Paralysis acquired in the Intensive Care Unit: a Prospective Multicenter Cohort Study. *JAMA* 2002;288:862–71.
- [3] Lefaucheur J-P, Nordine T, Rodriguez P, Brochard L. Origin of ICU acquired paresis determined by direct muscle stimulation. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2005;23.

T. Sharshar

*Réanimation médicale, hôpital Raymond-Poincaré, 104,  
boulevard Raymond-Poincaré, 92380 Garches, France*  
Adresse e-mail : [tarek.sharshar@rpc.aphp.fr](mailto:tarek.sharshar@rpc.aphp.fr)

Disponible sur Internet le 14 août 2008