

Réanimation pédiatrique : épidémiologie et évaluation

Paediatric intensive care: epidemiology and evaluation

© SRLF et Springer-Verlag France 2012

SP086

Épidémiologie des admissions médicales en salle d'accueil d'urgences vitales dans un service d'urgences pédiatriques de CHU

M. Daval-Cote, M. Gougne, S. Liberas, Y. Gillet, E. Javouhey
Réanimation et urgences pédiatriques, CHU de Lyon, hôpital Femme-Mère-Enfant, Bron, France

Introduction : Les enfants admis en détresse vitale existante ou potentielle sont orientés vers la salle d'accueil d'urgences vitales (SAUV). L'objectif est d'agir vite et de façon coordonnée pour stabiliser le patient, établir un diagnostic, proposer un traitement et une orientation adaptés. L'objectif de cette étude est de déterminer les causes d'admission, les modalités de prise en charge et le devenir des patients admis en SAUV.

Matériels et méthodes : Étude rétrospective monocentrique du 1^{er} janvier au 31 décembre 2011 d'analyse de pratiques dans le service d'urgences pédiatriques d'un CHU. Les données étaient recueillies par lecture des feuilles standardisées de la SAUV et des dossiers médicaux informatisés.

Résultats : En 2011, sur 80 523 passages aux urgences pédiatriques, 229 étaient admis en SAUV. Nous avons exclu 14 admissions pour mort subite du nourrisson et 61 admissions facturées comme des consultations simples en l'absence de critère justifiant une prise en charge en SAUV. Nous avons analysé 154 admissions (152 patients). L'âge médian était de 1,8 an. Les patients étaient adressés par un médecin ou un centre hospitalier dans 13 % des cas, et le transport était médicalisé (Smur) dans 50,6 % des cas et réalisé par les pompiers dans 6,5 % des cas. Les parents étaient un mode d'entrée fréquent même pour les arrêts cardiorespiratoires (deux sur six enfants en ACR amenés par les parents). Les principaux motifs d'admission sont : les pathologies neurologiques (37 %) avec 70 % de maladies convulsivantes, les états de choc (23,4 %), plus particulièrement les chocs hypovolémiques et septiques, et les détresses respiratoires (19,5 %) principalement des bronchiolites (57 %). Les ACR concernent 3,9 % des admissions. Des antécédents en rapport avec le motif d'admission étaient trouvés dans 37 %. Toutes les prises en charge étaient séniorisées et un réanimateur est intervenu dans 47 % des cas. Les gestes techniques réalisés étaient principalement des poses de voies veineuses périphériques (106 patients), huit cathéters intraosseux ont été posés et dix ponctions lombaires réalisées. Les intubations et les poses de voies veineuses centrales étaient plus rares et réalisées en présence du réanimateur. Les traitements les plus souvent réalisés étaient l'oxygénothérapie (54 %) et les remplissages vasculaires (39 %), puis les anticonvulsivants (13 %) et les antibiotiques (12,3 %). À la sortie de la SAUV, 76 % des patients étaient hospitalisés en réanimation (40 %) ou en unité de surveillance continue (36 %). Le taux de mortalité en SAUV était de 1,9 % (trois décès). La durée de prise en charge médiane était de 50 minutes, 29 % des patients étaient restés plus d'une heure en SAUV.

Discussion : Notre méthode de triage est basée sur une évaluation rapide (*quick look*) et par la prise des constantes dans un deuxième temps, si nécessaire. Nous avons constaté 61 patients surévalués (*over-triage*). Les trois principaux motifs d'admission (convulsions, chocs et détresses respiratoires) concernent près de deux tiers des admissions. Des protocoles et des formations spécifiques sur ces trois détresses vitales devraient être mis en place dans tous les services d'urgences pédiatriques. Le remplissage des feuilles de surveillance concernant les constantes vitales pourrait être amélioré. L'importation des constantes vitales sur un dossier informatisé serait une des solutions.

Conclusion : Cette étude a permis de décrire précisément l'épidémiologie des patients pris en charge en SAUV médicale pédiatrique de façon à cibler les besoins en termes de formation du personnel soignant. Elle peut également servir de référence pour évaluer la faisabilité des études cliniques aux urgences pédiatriques.

SP087

Activité de pédiatrie en zone de guerre : premiers enseignements sur 63 admissions pédiatriques en réanimation à l'hôpital médicochirurgical français de Kaboul

A. Salvadori¹, P. Pasquier², J.V. Schaal³, A. Jarrassier², J. Renner², P. Chazalon², A. Gnaho², S. Duron⁴, S. de Rudnicki¹, S. Mérat²
¹Département d'anesthésie et réanimation, HIA du Val-de-Grâce, Paris, France

²Département d'anesthésie et réanimation, HIA Bégin, Saint-Mandé, France

³Centre de traitement des brûlés, HIA Percy, Clamart, France

⁴Département d'épidémiologie et de santé publique, HIA Bégin, Saint-Mandé, France

Objectif : La prise en charge des enfants en temps de guerre représente un défi pour des équipes non spécialisées en pédiatrie au sein d'un hôpital militaire de rôle 3 en Afghanistan. L'objectif de cette étude est de préciser les caractéristiques cliniques des admissions pédiatriques en réanimation à l'hôpital médicochirurgical français à Kaboul.

Patients et méthodes : Une étude rétrospective des dossiers médicaux de toutes les admissions pédiatriques (âge < 18 ans) en réanimation entre juin 2011 et août 2012 a été conduite. Nous rapportons les résultats préliminaires de cette analyse.

Résultats : Deux cent soixante et un dossiers ont été analysés. Les admissions pédiatriques représentaient 24 % des admissions (63 patients). Les enfants étaient de sexe masculin dans 75 % des cas. La moyenne d'âge était de 8,9 ± 4,1 ans, l'ISS moyen à 25 ± 13. Quarante-deux pour cent des admissions pédiatriques concernaient des cas de traumatologie, 5 % de la chirurgie réglée et 3 % des cas médicaux. Les explosions représentaient le mécanisme lésionnel principal 23/63 (43 %), suivies par les blessures par balle 14/63 (22 %) et les accidents de la voie publique 8/63 (13 %). Vingt-quatre patients (38 %) avaient

un traumatisme abdominal dont plus de la moitié était pénétrant. Vingt-trois sur 63 (37 %) avaient un traumatisme thoracique, pénétrant pour 11 d'entre eux (48 %). Vingt et un sur 63 (33 %) présentaient un traumatisme de la face, 20/63 (32 %) un traumatisme crânien et 17/63 (27 %) étaient polycrâniés. Vingt-six patients ont été intubés avec une durée moyenne de ventilation mécanique de $3 \pm 4,4$ jours. Quatre-vingt-neuf pour cent des patients ont nécessité une prise en charge chirurgicale, 87 % ont bénéficié d'un scanner corps entier et 43 % ont été transfusés. La durée moyenne de séjour en réanimation était de $3 \pm 2,5$ jours. Trois patients sont décédés durant leur séjour en réanimation.

Conclusion : Dans notre analyse, nous confirmons une activité pédiatrique importante (24 %) en temps de guerre. Les mécanismes lésionnels les plus fréquemment rencontrés sont les lésions par explosions et les plaies par armes à feu. Une formation spécifique des équipes médicale et paramédicale à la réanimation pédiatrique est nécessaire afin de poursuivre l'amélioration de la prise en charge de ces enfants.

Bibliographie

1. Creamer KM, Edwards MJ, Shields CH, et al (2009) Pediatric wartime admissions to US military combat support hospitals in Afghanistan and Iraq: learning from the first 2,000 admissions. *J Trauma* 67:762–8
2. Spinella PC, Borgman MA, Azarow KS (2008) Pediatric trauma in an austere combat environment. *Crit Care Med* 36 (7 Suppl):S293–S6

SP088

Prise en charge des enfants victimes de tentatives de suicide en réanimation pédiatrique

S. Boudjahfa, B. Khemliche, D. Batouche, Y. Touhami, S. Abassini, K. Tabetiouna, M.A. Negadi, Z. Mentouri-Chentouf
Réanimation pédiatrique, CHU d'Oran, Oran, Algérie

Introduction : En France, les tentatives de suicide représentent un phénomène fréquent à l'adolescence [1]. L'objectif de notre étude est de décrire les caractéristiques démographiques des enfants hospitalisés dans notre service, leur prise en charge et leur devenir.

Patients et méthodes : Étude rétrospective, descriptive de janvier 2006 à juin 2012, incluant tous les enfants hospitalisés pour tentative de suicide. Les paramètres étudiés : âge, sexe, nature du toxique, profil psychosocial personnel et familial, nombre d'enfants ventilés, complications et durée de séjour.

Résultats : Cinquante enfants ont été hospitalisés pour tentative de suicide. La moyenne d'âge était de 13,56 (9–16 ans). Quatre-vingt-huit pour cent de filles (44 F/6 G). La nature du toxique était d'origine : médicamenteuse dans 62 % (31), insecticide 26 % (13) et caustique 12 % (6). L'interrogatoire retrouve que les facteurs déclenchants étaient : conflit familial dans 76 % (38), parents divorcés dans 24 % (12), dont deux récidives (deux hospitalisations). À l'admission, 72 % (36/50) étaient en détresse vitale dont deux intubés et ventilés ; 34 % (17/50) ont été traités par une diurèse osmotique et un adsorbant, 12 % (6/50) ont eu un antidote, 28 % (14/50) des enfants n'étaient pas en détresse et mis sous surveillance pendant 24 heures en attente des résultats toxicologiques. La moyenne de séjour était de 1,42 (un–six jours). Tous les enfants sont sortis vivants et orientés en psychiatrie.

Discussion : Nos résultats correspondent à ceux retrouvés en littérature [2] concernant l'âge entre 9 et 16 ans, le sexe avec prédominance féminine, les médicaments représentent le moyen le plus utilisé, les événements déclenchants les plus souvent retrouvés sont d'ordre affectif ou familial ; par ailleurs, on ne note heureusement pas de moyens violents ni de décès.

Conclusion : Les résultats indiquent que les tentatives de suicide sont moins fréquentes, la prise en charge devrait être multidisciplinaire.

Références

1. Skandrani S, et al (2008) *Annales médicopsychologiques* 166:473–80
2. Choquet M (2004) *Panorama du suicide*. In: Idées de vie, idées de mort. Masson, Paris

SP089

La maltraitance infantile au Liban – du médecin au juge

E. Choueiry¹, R. Saba², N. Souaiby³, J.C. Lahoud⁴, B. Gerbaka⁵
¹Réanimation pédiatrique, hôpital Hôtel-Dieu de France, Beyrouth, Liban

²Pédiatrie, université Saint-Esprit, Kaslik, Beyrouth, Liban

³Urgences, université Saint-Esprit, Kaslik, Beyrouth, Liban

⁴Orthopédie, université Saint-Esprit, Kaslik, Beyrouth, Liban

⁵Pédiatrie, université Saint-Joseph, USJ Liban, Beyrouth, Liban

Introduction : Malgré les conventions et la protection judiciaire des droits de l'enfance (Loi 422/2002), la maltraitance infantile au Liban continue à s'amplifier. C'est le devoir de toute la société, surtout des médecins et des professionnels de santé de limiter ce phénomène dramatique. Cette première étude nationale cherche à mettre en évidence l'importance du rôle du médecin dans la détection et la prévention de la maltraitance de l'enfant. Elle tend, par la suite, à apprécier la connaissance des professionnels à propos de la loi libanaise de protection de l'enfant et finalement à évaluer leur opinion à propos des modifications et des éléments à rajouter à cette loi.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude analytique élaborée sous forme de questionnaire anonyme distribué auprès des professionnels de l'enfance au Liban. Un total de 57 personnes ont participé à cette enquête et sont réparties sur les cinq régions libanaises. L'étude a été subdivisée en deux groupes : le premier groupe est celui des professionnels de la santé de la région de Grand Beyrouth et le second groupe comprend ceux des régions du Mont Liban, du Sud, du Nord et de la Bekaa, et cela, pour les raisons suivantes : 1) les hôpitaux centraux et les soins médicaux se concentrent principalement dans la capitale ; 2) tous les niveaux socio-économiques sont représentés dans la région de Beyrouth et sa banlieue ; 3) contrairement aux villages où les gens se connaissent plus, ce qui peut rendre le signalement plus difficile, la région de Beyrouth reste plutôt un environnement plus flexible ; 4) comparer la situation de l'enfant dans les régions rurales par rapport à celle dans les régions urbaines.

Résultats : Il existe une diversité d'opinions des participants à l'enquête au sujet de la définition de la maltraitance infantile et de la conduite à tenir face à ce problème. Parmi ceux qui ont rencontré des enfants abusés, 14 % seulement ont rapporté ces cas aux autorités libanaises. Cela est dû initialement au manque de confiance des poursuites judiciaires, aux craintes des conséquences du signalement (religieuses, familiales, éthiques) et au manque de leur sensibilisation à ce sujet.

Discussion : Afin d'améliorer la prise en charge des enfants maltraités, nous recommandons de : a) installer des campagnes de sensibilisation publique sur la maltraitance infantile et sur la nécessité de superviser l'accès des enfants à la télévision et sur l'Internet ; b) installer des campagnes de sensibilisation, de séances de formation sur l'autoprotection et sur l'éducation sexuelle dans les écoles. Instaurer un contrôle sanitaire scolaire plus efficace ; c) sensibiliser l'enfant sur la présence d'une loi qui le protège et sur la modalité du signalement ; d) sensibiliser les professionnels de santé et donner plus d'importance sur le sujet de la maltraitance infantile dans le module de pédiatrie pour les étudiants en sciences de santé, social, juridique et éducatif ; e) encourager le développement d'une unité de protection de l'enfant dans tous les hôpitaux ; f) Instaurer une coopération entre

les organisations non gouvernementales (ONG) et l'État libanais ; g) favoriser la collecte des données sur la situation de l'enfant maltraité au Liban ; h) impliquer de plus en plus des médecins dans la prise en charge des enfants maltraités et les sensibiliser sur l'importance de leur rôle dans la limitation de ce phénomène ; i) protéger des enfants durant les conflits armés. Il n'existe pas un protocole libanais qui bannit l'exploitation des enfants durant les conflits armés surtout par la publicité. De plus, il faut renforcer les travaux de déminage parce que les mines constituent un problème majeur de santé publique ; j) établir une loi de protection de l'enfant sans discrimination.

Conclusion : Le mot « *enfant* » signifie en latin « *celui qui ne parle pas* ». Par manque de maturité physique et intellectuelle, l'enfant est incapable de se défendre et de porter plainte. Le médecin, par conséquent, doit jouer un rôle essentiel et primordial dans la protection de l'enfant. Il sera le premier à détecter les signes directs et indirects de sévices ou à recevoir un dévoilement de l'abus. Une telle protection pourrait conduire à un écartement précoce des conséquences graves de la violence contre les enfants (menace de mort, séquelles physiques et psychiques). La notion de la maltraitance infantile au Liban dépasse les formes classiques de l'abus telles que la violence physique, psychologique et sexuelle. Il s'agit de plus d'une maltraitance politique, sociale, religieuse, publicitaire et scolaire qui se repose surtout sur la discrimination. La limitation de tel phénomène est un travail assez lourd et nécessite un effort multidisciplinaire. Enfin, la maltraitance de l'enfant au Liban reste un sujet tabou. Elle nécessite un grand effort de la part de l'État libanais ainsi que du secteur social et médical à sensibiliser l'opinion publique afin de limiter ce phénomène et d'aboutir à une meilleure perception de l'éducation de l'enfant. Les enfants sont les clés de l'avenir, protégeons-les...

Bibliographie

1. Convention mondiale des droits de l'enfant 1989 et Loi libanaise 422/2002
2. Bourillon A (2002) La maltraitance et enfants en danger. 2^e édition. Pédiatrie Masson, Paris

SP090

Comparaison de la prise en charge des enfants traumatisés graves en « salle d'accueil des urgences vitales » adulte et pédiatrique au CHU de Lyon

F. Baudin¹, B. Floccard², M. de Queiroz³, N. Richard¹, S. Courtil-Teysse¹, B. Allaouchiche⁴, E. Javouhey¹

¹Réanimation pédiatrique, CHU de Lyon, HFME, Bron, France

²Réanimation chirurgicale, CHU de Lyon, hôpital Édouard-Herriot, Lyon, France

³Anesthésie et réanimation, CHU de Lyon, HFME, Bron, France

⁴Département anesthésie et réanimation, CHU de Lyon, hôpital Édouard-Herriot, Lyon, France

Introduction : Il existe en France peu de salles d'accueil des urgences vitales (SAUV) traumatologiques spécifiquement pédiatriques. Des études suggèrent un meilleur pronostic lorsque les enfants sont pris en charge dans ces structures spécifiques [1]. Une SAUV traumatologique pédiatrique a été créée en 2008 à l'ouverture du nouvel hôpital pédiatrique. Notre objectif était de comparer la prise en charge des enfants en SAUV traumatologique adulte dans un *trauma center* niveau 1 (avant 2008) et en SAUV traumatologique pédiatrique (nouvelle activité).

Patients et méthodes : étude rétrospective descriptive d'évaluation des pratiques professionnelles. Ont été inclus tous les enfants d'âge inférieur ou égal à 16 ans polytraumatisés instables (détresse vitale extrême) et stabilisés après réanimation préhospitalière (lésion anatomique grave et/ou score de Glasgow ≤ 8 sans mydriase), admis entre

2005 et 2007 en SAUV traumatologique adulte (SAUV adulte) et entre janvier 2010 et août 2012 en SAUV pédiatrique (SAUV pédiatrique). Les données démographiques, cliniques et accidentologiques à l'admission, la durée en SAUV, les scores AIS (Abbreviated Injury Scale) et ISS (Injury Severity Score) et le devenir des patients ont été recueillis et comparés. Les résultats sont exprimés en médiane [interquartile] ou nombre (pourcentage). Les données ont été comparées au moyen des tests du Chi² ou de Mann-Whitney.

Résultats : Les principaux résultats sont colligés dans le tableau

	SAUV « adulte » n = 72	SAUV « pédiat » n = 64	p
Données démographiques			
– Âge, années	10,5 [5–13,4]	5,8 [2,7–12,0]	0,008*
– Sexe masculin, n (%)	48 (67)	46 (72)	0,51
Niveau de gravité			
– Patient instable, n (%)	22 (31)	27 (42)	0,16
– ISS	27 [20–41]	25 [16–34]	0,17
– AIS « Tête » ≥ 3 , n (%)	47 (65)	44 (69)	0,67
Types de traumatismes			
– Piéton, n (%)	22 (31)	14 (22)	0,25
– Passager voiture, n (%)	14 (19)	12 (19)	0,92
– 2-roues, n (%)	13 (18)	9 (14)	0,52
– Chute/défenestration, n (%)	17 (24)	15 (23)	0,98
– Plaie pénétrante	2 (3)	1 (2)	0,75
– Autres	4 (5)	13 (20)	0,03*
Durée de prise en charge			
– Stabilisation avant scanner (minutes)	28 [20–37]	27 [21–37]	0,28
– Durée totale (minutes)	60 [60–90]	59 [41–78]	0,036*
Devenir			
– Hospitalisation en USC/Réa, n (%)	46 (64)	46 (72)	0,32
– Décès, n (%)	8 (11)	9 (14)	0,60

*p < 0,05.

Discussion : Notre étude ne montre pas de différence sur la prise en charge des enfants entre les deux centres. Cela peut s'expliquer par la grande expérience dont bénéficie le centre avec SAUV adulte (niveau 1) qui accueillait près de 700 adultes polytraumatisés graves (et 1 500 au total) sur la même période.

Conclusion : Notre étude ne montre pas de différence sur la prise en charge (durée de stabilisation, décès) des enfants entre les deux centres. Cela peut s'expliquer par la grande expérience dont bénéficie le centre avec SAUV adulte (niveau 1) qui accueillait près de 700 adultes polytraumatisés graves (et 1 500 au total) sur la même période.

Référence

1. Orliaguet G, Meyer P, Blanot S, et al (2001) Validity of applying TRISS analysis to paediatric blunt trauma patients managed in a French paediatric level I trauma centre. *Intensive Care Med* 27:743–50

SP091

Chez l'enfant, l'œdème cytotoxique même en cas de lésions étendues et baisse importante du coefficient de diffusion apparent peut s'accompagner d'une très bonne récupération neurologique, à condition qu'il épargne la substance grise

I. Haegy¹, N. Pyatigorskaya², C. Vallee², J. Bataille¹

¹Service de réanimation pédiatrique, CHU Raymond-Poincaré, Garches, France

²Radiologie — imagerie médicale, CHU Raymond-Poincaré, Garches, France

Introduction : Le pronostic des enfants qui présentent un œdème cytotoxique suite à une hypoxie cérébrale est difficilement prévisible. Pour le réanimateur pédiatrique, les décisions thérapeutiques sont difficiles à prendre, et les facteurs de mauvais pronostic radiologique sont issus d'études réalisées majoritairement chez l'adulte.

Patients et méthodes : Analyse rétrospective de quatre cas pédiatriques d'œdème cytotoxique dans un contexte d'hypoxie soit par insuffisance respiratoire, soit par insuffisance circulatoire, avec évaluation clinique (examen clinique le jour de la dégradation neurologique et, à la sortie de réanimation ainsi qu'un examen à distance [deux mois à un an]) et radiologique (IRM avec au minimum, séquence pondération en T1 dans le plan sagittal, pondération en T2 avec annulation du signal de l'eau (FLAIR) dans le plan axial, séquence de diffusion [DWI] avec une pondération b0 et b1000 et un calcul de la cartographie du coefficient de diffusion apparent dans le plan axial, en T2 écho de gradient et spin écho dans le plan axial) précoce entre j0 à j7 de l'accident, puis semi-récente entre j15 à m1, puis tardive à plus d'un mois pour trois patients.

Résultats : Les quatre patients âgés de quatre à huit ans ont présenté des troubles de la conscience importants (Glasgow Coma Scale < 8) nécessitant une ventilation artificielle. Pour deux patients ayant présenté une atteinte diffuse isolée de la substance blanche avec un hypersignal en diffusion et une baisse du coefficient de diffusion apparent, l'évolution clinique a été favorable, avec une récupération neurologique complète par rapport à l'état antérieur. Pour les deux autres patients ayant présenté une atteinte conjointe de la substance grise (atteinte corticale et des noyaux gris) et de la substance blanche avec une baisse du coefficient de diffusion apparent moins importante, l'évolution a été défavorable avec coma végétatif (Glasgow Coma Scale < 8).

Discussion : Pour les patients de pédiatrie, nous ne disposons que de très peu d'études concernant le lien entre le pronostic et l'atteinte sur la séquence de diffusion avec une baisse du coefficient de diffusion apparent, interprété comme un œdème cytotoxique en rapport avec une anoxie. Chez l'adulte, pendant longtemps, l'importance de la baisse du coefficient de diffusion apparent était considérée comme le seul facteur de mauvais pronostic. Cette théorie reste controversée et ce jour deux autres facteurs de mauvais pronostic ont été proposés dans les études récentes, qui sont d'une part l'étendue des lésions, et d'autre part leur siège. Les besoins en oxygène étant plus faibles pour la substance blanche que pour la substance grise, l'atteinte de la substance grise paraît plus sévère et de plus mauvais pronostic quant à la récupération neurologique. Chez l'adulte, une étude a avancé que l'atteinte de la substance blanche associée à l'atteinte de la substance grise était un facteur de mauvais pronostic par rapport à l'atteinte de la substance blanche seule. La question se pose d'intégrer les résultats de l'IRM dans les discussions de limitation de soins pour les patients hospitalisés en réanimation et présentant une atteinte de la substance grise associée. A contrario, malgré une baisse du coefficient de diffusion apparent importante, l'œdème cytotoxique se limitant à la substance blanche donc sans atteinte du cortex et des noyaux gris semble être un signe qu'une évolution favorable est possible, et tous les moyens de réanimation doivent être mis en œuvre afin d'optimiser les chances de récupération du patient.

Conclusion : Chez l'enfant y compris en cas d'atteinte étendue et en cas de baisse importante du coefficient de diffusion apparent, l'œdème cytotoxique se limitant à la substance blanche peut s'accompagner d'une très bonne récupération neurologique. L'atteinte de la substance grise associée à l'atteinte de la substance blanche paraît être de mauvais pronostic.

SP092

Évaluation de la sédation–analgésie par l'échelle de ComfortB en réanimation pédiatrique

N. Tabet Aoul

Réa med, EHU Canastel, Oran, Algérie

Rationnel : La sédation–analgésie représente l'ensemble des moyens, pharmacologiques ou non, destinés à assurer le confort et la sécurité du patient dans un milieu source d'agressions physiques ou psychologiques [1]. Au cours des dix dernières années, les pratiques ont évolué suite aux nouvelles recommandations françaises [1] tant chez l'adulte que chez l'enfant. Chez l'enfant en réanimation, l'utilisation de l'échelle d'évaluation de la sédation–analgésie ComfortB [2] et l'utilisation d'un protocole écrit permettraient l'obtention d'un niveau de sédation adéquat. L'ajustement des posologies des benzodiazépines et des analgésiques permettrait de diminuer la durée de sédation, de ventilation mécanique et de séjour. L'objectif est de déterminer si l'utilisation de l'échelle d'évaluation de la sédation ComfortB et d'un protocole écrit permettrait l'ajustement des posologies de midazolam et de sufentanil en fonction de l'évaluation clinique du niveau de sédation–analgésie ainsi la diminution de la durée de ventilation et de séjour.

Matériels et méthodes : C'est une étude prospective d'un an durant la période 2010–2011 chez des enfants sédatisés et ventilés, évaluée par l'échelle de ComfortB avec un protocole écrit : 1) critères d'inclusion : enfants d'un mois à 15 ans sédatisés et ventilés plus de 24 heures ; critères d'exclusion : nouveau-né, curarisé, indication d'une sédation profonde. Les paramètres étudiés étaient : l'âge, le sexe, la pathologie en cause, l'association médicamenteuse, les doses utilisées, score de sédation ComfortB, la durée de ventilation et de sédation et d'hospitalisation. Cette étude sera comparée à une étude rétrospective d'une année faite sur dossier de malades avant l'utilisation d'échelles d'évaluation et d'un protocole afin de comparer l'impact de l'évaluation sur la durée de ventilation et d'hospitalisation.

Résultats : Un total de 72 enfants ventilés et sédatisés sur 380 malades hospitalisés (27 %), 25 malades qui ont bénéficié d'évaluation par l'échelle ComfortB selon protocole. Prédominance des nourrissons de sexe masculin (66%) entre trois à cinq ans. Les affections prédominantes infectieuses (48 %). L'association de médicaments de sédation–analgésie hypnovel-sufentanil (64 %). L'évaluation moyenne par malade est en nombre de 6 à 8. Le score moyen de ComfortB à la sixième heure : (48 %) des enfants avaient un niveau de sédation–analgésie excessif (16 %), des enfants avaient un niveau insuffisant. Après l'évaluation par l'échelle de ComfortB et la mise en place du protocole de sédation, 94 % avaient un niveau de sédation correcte, 6 % avaient un niveau de sédation incorrecte. La durée de ventilation était de trois jours. La durée d'hospitalisation de six jours. L'étude rétrospective avant l'utilisation d'échelles d'évaluation et d'un protocole a montré une durée de ventilation de six jours et une durée d'hospitalisation de neuf jours.

Conclusion : L'évaluation de la sédation–analgésie par l'échelle de ComfortB en réanimation pédiatrique et l'utilisation du protocole écrit ont montré une amélioration de la qualité de la sédation–analgésie par l'augmentation du nombre total d'évaluations, une augmentation de la fréquence des scores de sédation adéquate et une diminution des scores de sédation excessive après évaluation et ont permis de réduire la durée de ventilation et de séjour.

Références

1. SFAR, SRLF (2007) 4^e Conférence de consensus sur la sédation et l'analgésie en réanimation
2. Ambuel B, Hamlett KW, Marx CM (1992) Assessing distress in pediatric intensive care environments: the Comfort Scale. *J Pediatr Psychol* 17:95–109