

# **FORMATION AUX SOINS INTENSIFS DES INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUËS GRAVES BONNES PRATIQUES POUR EMPÊCHER LES COMPLICATIONS**

Traduit en français par Traducteurs sans frontières (TSF). L'OMS n'est pas responsable du contenu ou de l'exactitude de cette traduction. En cas de divergence entre l'anglais et le français, la version originale en anglais prévaut.

Cette traduction n'est pas vérifiée par l'OMS. Cette ressource est uniquement destinée à des fins de soutien à l'apprentissage.



**World Health  
Organization**

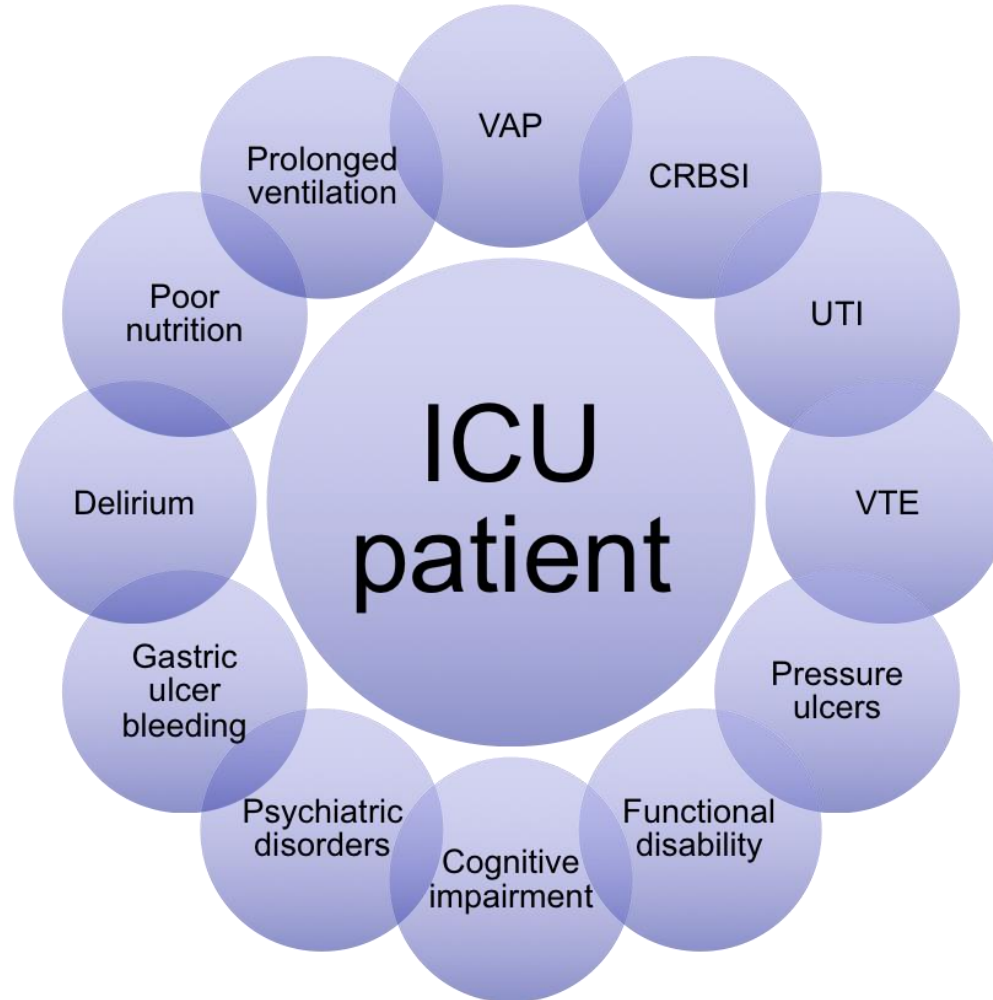
HEALTH  
**EMERGENCIES**  
programme

# Objectifs d'apprentissage

À la fin de cette présentation, vous serez en mesure :

- De présenter certaines complications liées à une maladie grave et de bonnes pratiques à des fins de prévention.
- D'expliquer la façon dont l'utilisation d'une check-list, ou d'un protocole de soin, peut aider à mettre en œuvre des pratiques exemplaires
- De décrire les avantages possibles du protocole ABCDEF et la façon de le mettre en place !

# Les patients souffrant d'une maladie grave sont exposés à des complications à court et long terme.



Patient en unité de soins intensifs :

- Pneumonie acquise sous ventilation (PAV)
- IRCIC
- IU
- TEV
- Escarres
- Handicap fonctionnel
- Trouble cognitif
- Troubles psychiatriques
- Ulcère gastrique compliqué d'une hémorragie
- Délire
- Malnutrition
- Ventilation prolongée



Les patients gravement malades souffrant de maladies complexes, de défaillance d'un ou de plusieurs organes, sont généralement plus vulnérables et requièrent une surveillance accrue ainsi que des soins.

# Pratiques exemplaires pour prévenir les complications



Enjeu capital : la mise en œuvre de ces pratiques !  
Comment les patients admissibles obtiennent-ils leur intervention préventive appropriée ?

# Outils de mise en œuvre (1/2)

- Check-lists :
  - outils pouvant être utilisés en temps réel pour améliorer la communication et le travail d'équipe, réduire les erreurs et les événements indésirables :
  - par exemple, la check-list d'intubation dans votre boîte à outils
  - Check-list « Sécurité chirurgicale » de l'OMS
    - <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/checklist/en/> (page en anglais)
- PROTOCOLES de soin :
  - un ensemble de pratiques factuelles qui, mises en œuvres de concert de façon fiable, améliorent les résultats du patient, de façon plus efficace que si les pratiques étaient mise en œuvres individuellement :
  - par exemple : protocole d'un sepsis, protocole ABCDEF



# Outils de mise en œuvre (2/2)

- Visites médicales interdisciplinaires :
  - communication formelle entre le personnel soignant (infirmiers, pharmacien, physiothérapeute, médecins, inhalothérapeute, etc.)
  - encourager le respect des pratiques exemplaires (feuilles de suivi des objectifs quotidiens, check-list)
  - approche axée sur les patients.
- Recourir à une approche d'amélioration de la qualité afin de déterminer l'outil à utiliser (prochaine présentation).

# Une check-list permet d'empêcher la transmission d'agents pathogènes



Contenu utilisé avec la permission du Dr Gomersall

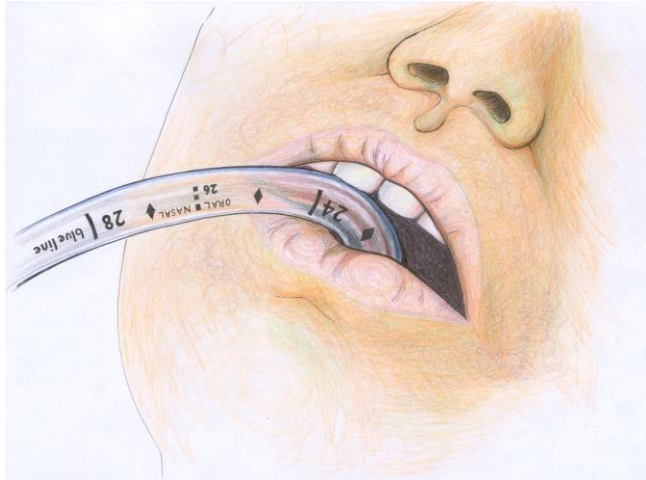


- Utiliser comme pense-bête une check-list toute simple lors de l'insertion d'un cathéter veineux central :
  - préférer un accès sous-clavier
  - se laver les mains, utiliser une charlotte, un masque
  - porter une blouse et des gants stériles
  - recouvrir entièrement le patient d'un drap stérile
  - utiliser de la chlorhexidine pour nettoyer la peau
  - un pense-bête journalier à retirer s'il n'est plus indispensable



L'utilisation d'une check-list lors de l'insertion de la ligne centrale a considérablement réduit l'incidence des infections du sang.

# Prévenir une PAV (1/3)



© Kathy Mak

<http://www.aic.cuhk.edu.hk/web8/ETT%20position.htm>

- Intubation orale préférable à une intubation nasale.
- Utiliser un nouveau circuit respiratoire pour chaque patient.
- Garder le patient en position semi-allongée :
  - tête du lit inclinée de 30° à 45°



Bien que les PAV soient difficiles à diagnostiquer, elles sont liées à une mortalité, une morbidité, une durée d'hospitalisation en soins intensifs élevées et génèrent des coûts de santé importants. Ce sont les normes en matière de soins.



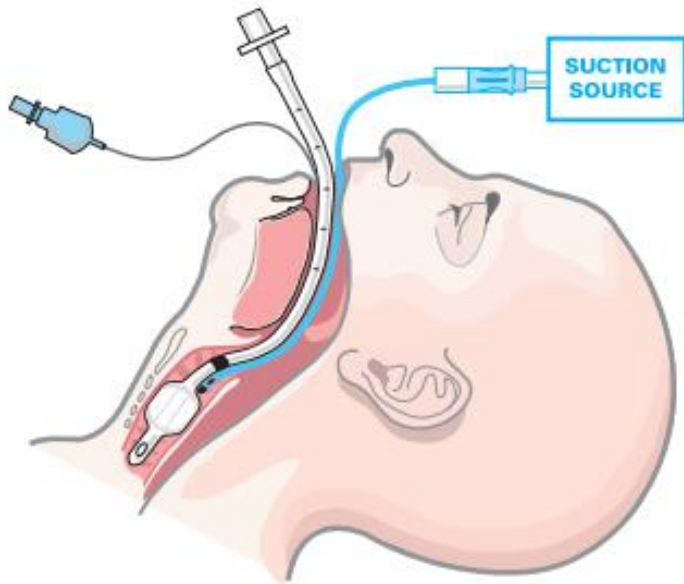
# Prévenir une VAP (2/3)



Changer régulièrement de sonde d'intubation endotrachéale n'est pas efficace pour réduire les taux de PAV ou les œdèmes des voies respiratoires.

- Assurer des soins buccaux antiseptiques réguliers :
  - préférer des bains de bouche ou des gels à la chlorhexidine.
- Une fois le patient ventilé, changer le circuit s'il est sale ou abîmé, mais pas de façon systématique.
- Nettoyer régulièrement la condensation dans le tube.
- Utiliser un système d'aspiration fermé conforme.

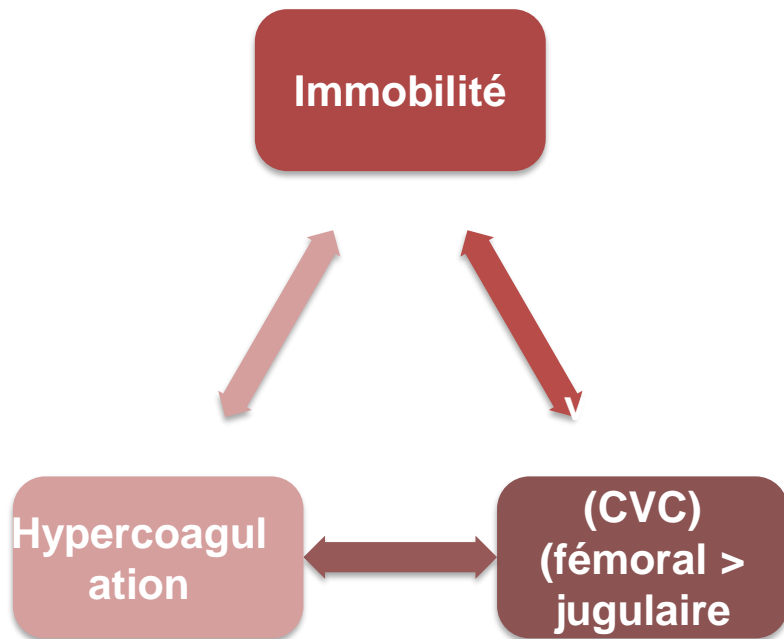
## Prévenir une VAP : le circuit respiratoire (3/3)



- Pour les adultes, changer, tous les 5 à 7 jours, d'échangeur de chaleur et d'humidité lorsqu'il est sale, mouillé ou qu'il présente une défaillance.
- Envisager une intubation endotrachéale spécialisée au moyen d'appareils d'aspiration sous-glottique :
  - limiter l'aspiration des sécrétions oropharyngées.
- Chaque jour, effectuer une épreuve de ventilation spontanée (VS).

# Prévenir un thromboembolisme veineux (1/4)

- Si un thromboembolisme veineux se développe, le patient peut présenter :



- des symptômes locaux
  - un œdème, une douleur, un erythème sur l'extrémité concernée
- ou un syndrome post-thrombotique
- une embolie symptomatique ou pulmonaire mortelle
- Taux de thromboembolisme veineux dans les unités de soins intensifs : environ 10 %.

# Prévenir un thromboembolisme veineux (2/4)

- Les patients adultes et adolescents gravement malades sont exposés à un risque **modéré** de thromboembolisme veineux, et doivent donc recevoir une prophylaxie.
- Les jeunes enfants peuvent également en bénéficier s'ils présentent un risque plus élevé :
  - de thrombophilie
  - d'obésité morbide

# Prévenir un thromboembolisme veineux (3/4)

- Utiliser **une prophylaxie pharmacologique** pour des patients à risque modéré **quine présentent pas** de risque d'hémorragie grave :
  - héparine de bas poids moléculaire (HBPM) :
    - enoxaparine, 40 mg par jour, par voie sous-cutanée
    - daltéparine 5 000 UI par jour, par voie sous-cutanée
    - en cas d'insuffisance rénale, réduire la dose d'HBPM (sauf la daltéparine)
      - \* supérieure à l'héparine non fractionnée à faible dose, dosée deux fois par jour en fonction de l'atténuation de l'embolie pulmonaire, de la thrombopénie induite par l'héparine, de la réduction des coûts et de la simplification d'administration.
  - héparine non fractionnée (HNF) à faible dose :
    - 5 000 UI, par voie sous-cutanée, toutes les 8 ou 12 heures.



# Prévenir un thromboembolisme veineux (4/4)

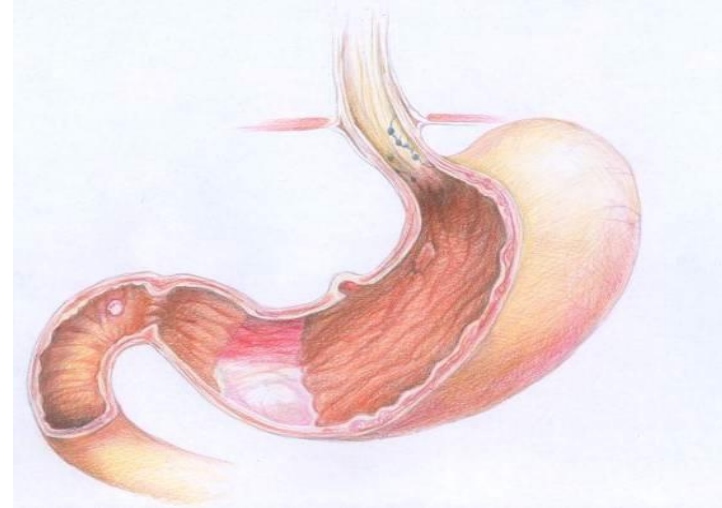


Contenu utilisé avec la permission du Dr. Gomersall

- Utiliser une prophylaxie mécanique si les patients à risque modéré de thromboembolisme veineux sont également à risque d'hémorragie grave :
  - des appareils de compression pneumatique intermittente peuvent être préférables
  - bas de contention gradués
  - ne pas oublier de changer d'agent pharmacologique une fois que le risque d'hémorragie a diminué.

# Prévention des ulcères gastriques et des hémorragies associées (1/2)

- Les patients critiques présentent un risque de lésion des muqueuses gastriques :
  - altération de la circulation sanguine vers les muqueuses
  - accumulation d'acide gastrique.
- Deux facteurs de risque indépendants :
  - Ventilation invasive mécanique pendant plus de 48 heures
  - présence de coagulopathie ou de thrombopénie.



© Sally Fong

<http://www.aic.cuhk.edu.hk/web8/Stress%20Ulceration.htm>

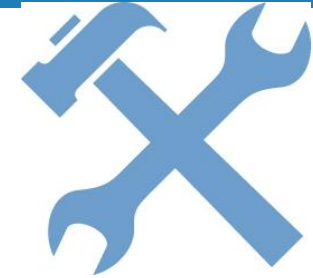
# Prévention des ulcères gastriques et des hémorragies associées (2/2)

- Réduction des facteurs de risque :
  - maintenir l'hémodynamique (réanimation précoce par exemple)
  - libérer de la ventilation invasive mécanique dès que possible (essai de respiration spontanée par exemple)
  - démarrer une alimentation entérale précoce pour protéger les muqueuses.
  
- Réduction pharmacologique de la production d'acide :
  - inhibiteurs des récepteurs H2 de l'histamine (H2R)
  - inhibiteur de la pompe à protons (IPP) :
    - plus efficace dans la prévention d'hémorragie gastro-intestinale cliniquement importante, mais peut être associé à un risque accru de pneumonie *et d'infection à Clostridium difficile*.





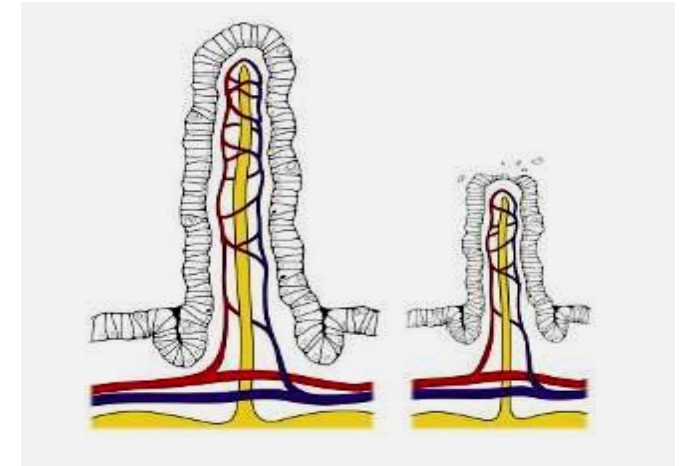
# Nutrition



- Glucides
- Lipides (30 % des besoins énergétiques journaliers)
- Protéines
- Vitamines
- Oligo-éléments
- Fluide

# Soutien nutritionnel (1/2)

- L'alimentation entérale est bénéfique :
  - prévient l'atrophie des villosités intestinales
  - réduit les complications infectieuses
  - réduit l'incidence d'ulcères gastriques.
- Envisager l'alimentation parentérale uniquement si l'alimentation entérale n'est pas possible ou est insuffisante :
  - après 7 jours de soins intensifs
  - l'utilisation précoce de l'alimentation parentérale est associée à une augmentation du risque d'infection et du coût sans bénéfice clinique.



© Janet Fong  
<http://www.aic.cuhk.edu.hk/web8/Diagram%20nutrition.htm>

**Alimenter le patient  
uniquement lorsque  
celui-ci est en position**

# Soutien nutritionnel (2/2)

- Commencer l'alimentation entérale entre 24 et 48 h après le début de la réanimation.
- Utiliser les formules standard disponibles au niveau local.
- Nourrir les bébés allaités avec du lait maternel exprimé.
- Estimer les besoins journaliers en calories et en protéines.
- Commencer avec un dosage faible, puis augmenter jusqu'au dosage cible, observer les intolérances :
  - une alimentation hypocalorique (40–60 %) peut être aussi bénéfique.



# Mobilité et exercice précoces

- La faiblesse induite par les soins intensifs se caractérise par une faiblesse musculaire et une limitation physique :
  - Les résultats à un an des survivants du SDRA ont montré qu'ils présentaient tous une perte persistante de la masse musculaire, une faiblesse et une fatigue des muscles proximaux, et que seulement 50 % d'entre eux avaient repris le travail :
    - observation rare chez les enfants prépubères.
  - Causes de la faiblesse :
    - détérioration neurologique ou musculaire directe
    - états inflammatoires
    - médicaments (inhibiteurs neuromusculaires ou stéroïdes par exemple)
    - métabolique (hyperglycémie, malnutrition par exemple)
    - **immobilité et atrophie.**

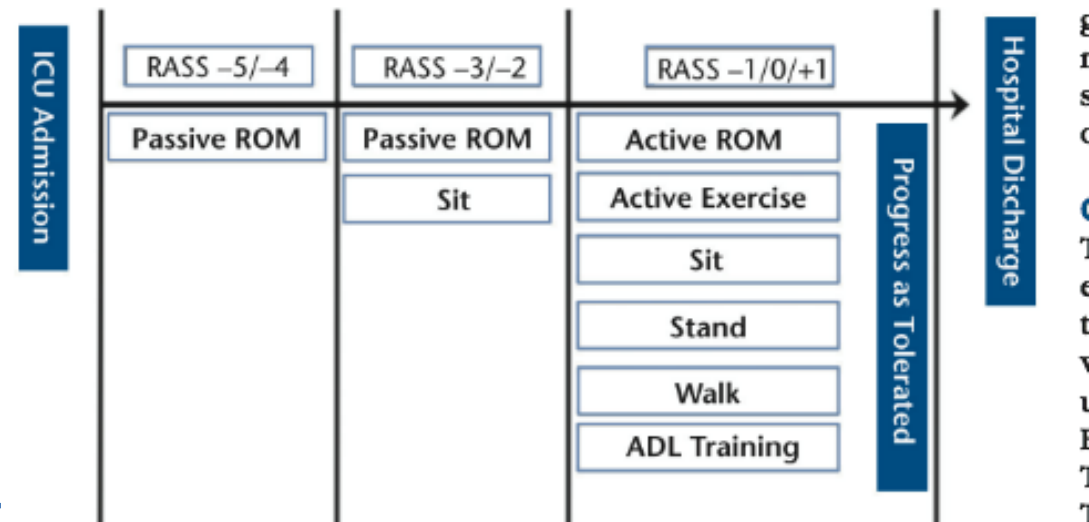


# Protocole de mobilité et exercice précoces



Contenu utilisé avec  
l'autorisation de  
[www.icudelirium.org](http://www.icudelirium.org)

- **Étape 1 : Reconnaître que le patient est prêt pour faire de l'exercice**
- **Étape 2 : Mettre en place un niveau d'activité approprié selon le score RASS** (protocole de l'essai ACT-ICU, 2012, voir la Boîte à outils pour en savoir plus)
- **Étape 3 : Évaluer les performances**
- **Étape 4 : Repos le jour suivant**



# Protocole de mobilité et exercice précoces

- Il est sans danger et possible de le faire chez les patients critiques sous ventilation mécanique.
- Améliore les résultats pour le patient :
  - développe la force musculaire, la mobilité fonctionnelle et l'autonomie
  - **réduit le délire**
  - **réduit le nombre de jours sous ventilation invasive mécanique**
  - **réduit la durée du séjour en soins intensifs**
  - **sauve des vies !**

**Pour optimiser l'impact, l'intervention doit être mise en place dans le cadre du pack ABCDEF !**



# Pack ABCDEF :



Créez un flux de travail dans votre hôpital qui permette une mise en œuvre fiable de toutes les pratiques pour garantir des résultats optimaux.

Réveil et  
coordination  
respiratoire



Choisir une  
sédation  
légère



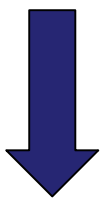
Suivi et  
gestion du  
délire



Mobilité et  
exercice  
précoces



Famille



**Bienfaits : diminution du nombre de jours sous ventilation invasive mécanique, de la durée du séjour, du délire, des troubles cognitifs et handicaps de longue durée, et de la mortalité. Les études sont encore en cours.**



World Health  
Organization

HEALTH  
**EMERGENCIES**  
programme

# Synthèse : Pratiques exemplaires pour prévenir les complications (1/2)

Complication	Mesures de prévention
Événements veineux thromboemboliques (EVT)	Anticoagulants ou dispositif de compression pneumatique
Pneumonie sous ventilation assistée (PVA)	Relever la tête du lit, soins par voie orale, système d'aspiration fermé
Infections liées aux cathéters veineux (ILC)	Checklist pour garantir des techniques d'insertion stériles
Ulcères et hémorragies gastriques	Inhibiteurs des récepteurs de l'histamine, IPP, alimentation entérale
Infections des voies urinaires (IVU)	Insertion stérile des cathéters urinaires Prise en charge appropriée des cathéters





# Synthèse : Pratiques exemplaires pour prévenir les complications (2/2)

Complication	Mesures de prévention
Escarres	Retourner le patient toutes les 4 h
Faiblesse induite par les soins intensifs et le délire	Mobilisation précoce

# Synthèse

- Les patients critiques sont exposés à des risques de complications dans l'unité de soins intensifs et la mise en œuvre d'interventions simples et éprouvées peut réduire ces risques.
- Envisagez l'utilisation de checklists, de packs ou de visites interdisciplinaires pour vous assurer que chaque patient reçoit l'intervention qui lui convient.
- Un pack est un ensemble d'interventions fondées sur des données probantes qui, lorsqu'elles sont mises en œuvre ensemble, améliorent les résultats pour les patients (packs septiques par exemple).



# Remerciements

## Contributeurs

Dr Charles David Gomersall, Prince of Wales Hospital, RAS de Hong Kong, Chine

Dr Steven Webb, Royal Perth Hospital, Perth, Australie

Dr Janet V Diaz, OMS, Consultante, San Francisco, États-Unis

Dr Satish Baghwanjee, Université de Washington, États-Unis

Dr Kobus Preller, Addenbrooke's Hospital, Cambridge, Royaume-Uni

Dr Paula Lister, Great Ormond Street Hospital, Londres, Royaume-Uni

Dr Neill Adhikari, Sunnybrook Health Sciences Centre, Toronto, Canada