

PRONOSTIC ET AVENIR chez le sujet âgé admis en Soins Critiques

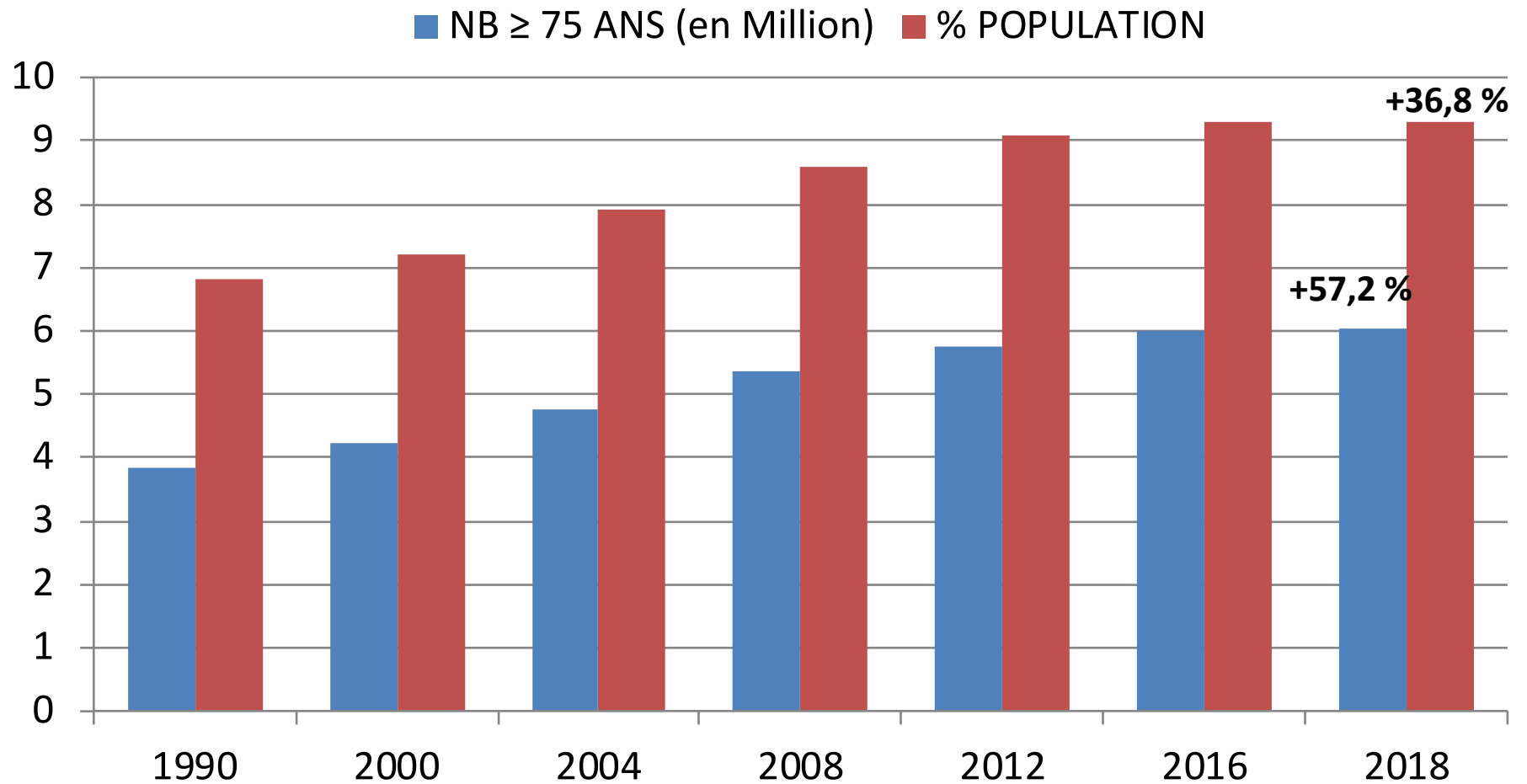
christian.auboyer@orange.fr



Le sujet âgé, très âgé ?

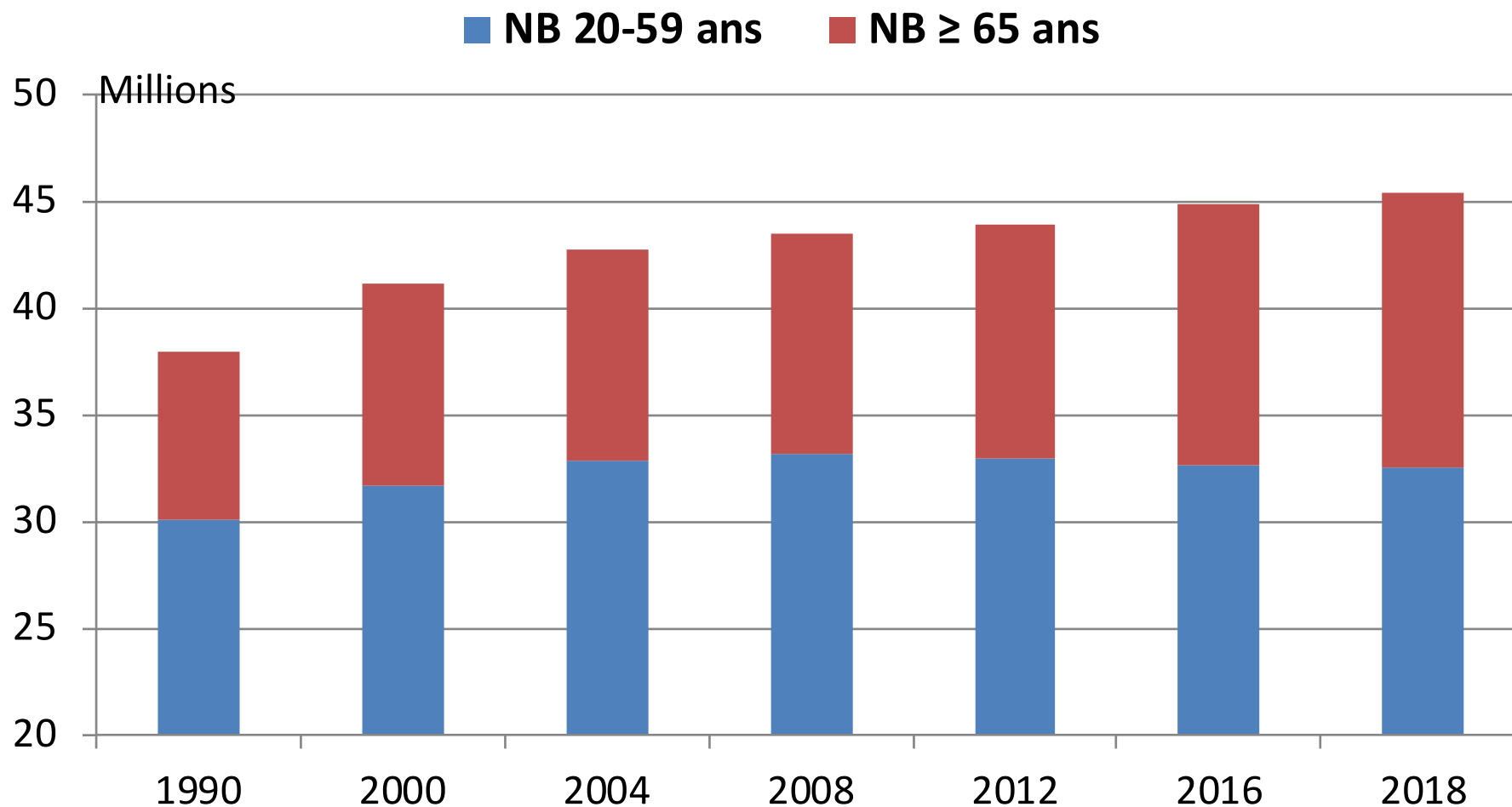
- 1975 : Doit-on admettre les patients de plus de 70 ans en réanimation ?
- Elderly, very elderly, very old...
- **Supérieur à 80 ans**
- Supérieur à 85 ans
- L'âge ?? Mais aussi quels critères associés ?

FRANCE: EVOLUTION DEMOGRAPHIQUE POPULATION ≥ 75 ANS (INSEE)



FRANCE: EVOLUTION DEMOGRAPHIQUE POPULATION

Nombre 20-59 ans et ≥ 65 ans (INSEE)



Cohorte ≥ 80 ans en Réanimation Australie et NZ

Bagshaw SM Crit Care 2009

- Rétrospectif 2000 à 2005: 57 Services de Soins Critiques
- **120123 pts dont 15640 ≥ 80 ans (13 %)**
- **Mortalité en réa: ≥ 80 ans: 12 % vs 8 % $p < 0,001$**
- **Mortalité hôpital: 24 % vs 13 %**

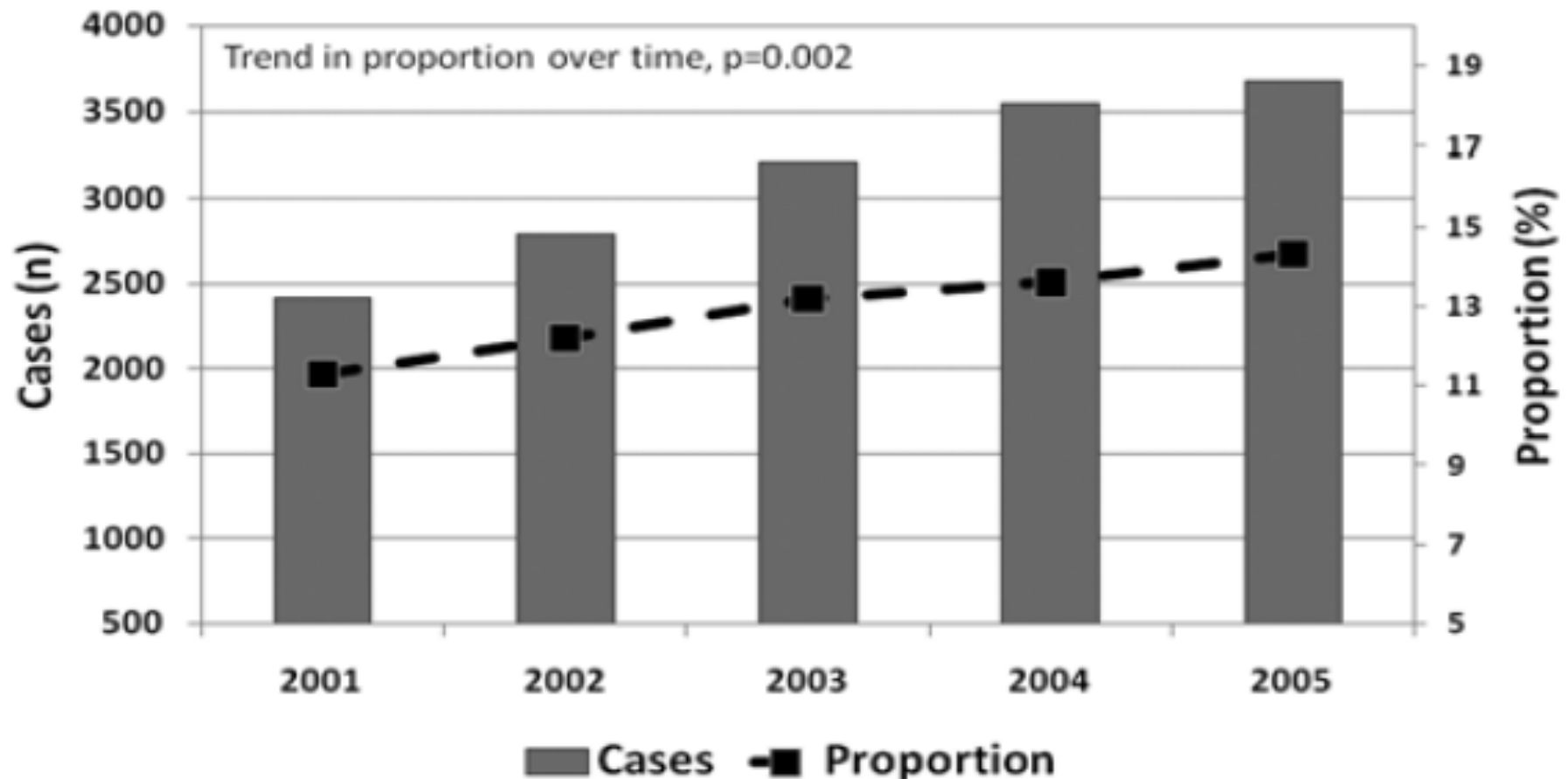
- **Taux d'admission des patients de ≥ 80 ans augmente de 5,6 % par an pendant l'étude.**
- Besoins de lits de Soins Critiques

Very old patients admitted to intensive care in Australia and New Zealand: a multi-centre cohort analysis

Sean M Bagshaw^{1,2}, Steve AR Webb^{3,4}, Anthony Delaney⁵, Carol George⁶, David Pilcher⁷,

Graeme K Hart¹ and Rinaldo Bellomo⁸

Crit Care 2009



6 années: 2000-2005: 120 000 pts, 57 ICU:

- ≥ 80 ans: 5.6 % d'augmentation annuelle

- ≥ 85 ans : 4.5 %, d'augmentation

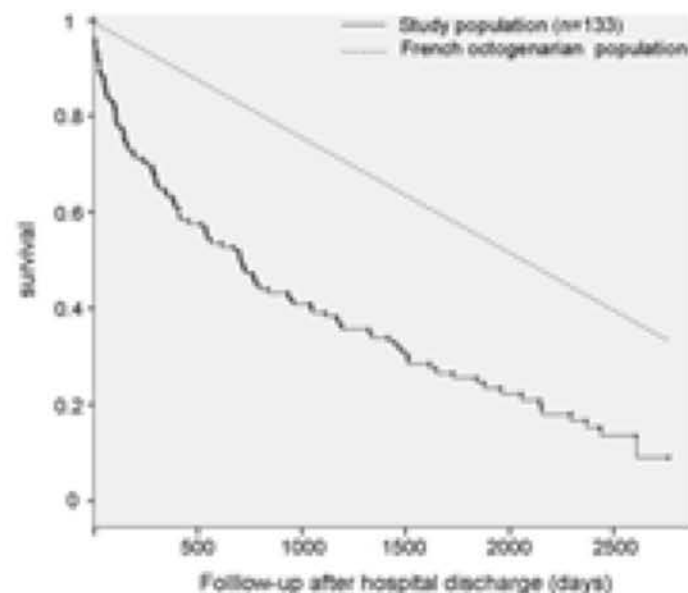
Long-term outcome in medical patients aged 80 or over following admission to an intensive care unit

Antoine Roch^{1*}, Sandrine Wiramus¹, Vanessa Pauly², Jean-Marie Forel¹, Christophe Guervilly¹, Marc Gainnier¹, Laurent Papazian¹

Crit Care 2011

- 299 pts > 80 ans (84 ± 4 ans)
 - **Mortalité hospitalière: 54 %**
 - Facteurs indépend.: IGS 2, Mac Cabe, Affect cardiaque
 - 133 survivants: survie médiane 710 j.
 - **Mortalité à 2 ans: 79 %**
(53 %, des survivants du séjour initial)

– **Ratio de mortalité à 2 ans: 2.56** par rapport à la mortalité de la même population ajustée sur l'âge et le sexe



**Décisions d'admission en réa; pts proposés \geq 80 ans;
pronostic et qualité de vie à un an** Garrouste-Orgeas M.*Int*
Care Med 2006

- 180 pts \geq 80 ans proposés en réanimation
 - Comorbidités, pathologie en cours, niveau d'autosuffisance, qualité de de vie
 - **132 (72,3 %) REFUSES**
 - **79/180 (43,8 %) considérés comme trop grave** pour bénéficier de la réanimation
 - Facteurs associés: statut non chirurgical, > 85 ans, absence de place en réa.
 - Facteur d'admission: haut niveau d'autonomie

Décisions d'admission en SC, pts proposés ≥ 80 ans; pronostic et qualité de vie à un an. *Garrouste-Orgeas M. Int Care Med* 2006

– Mortalité hospitalière et à un an:

- Admis en réa: 62,5 % ; 70,8 %
- Refusés, jugés trop grave: 70,8 %; 87,3 %
- Refusés, jugés trop bien: 17,6 %; 47 %

– A un an:

- Autonomie inchangée par rapport à celle avant la réa
- Qualité de vie moins bonne que la population générale

– Discuter avec le patient de ses préférences avant de prendre une décision ?

- 2 refus seulement du patient ou de la famille

Décisions d'admission en Réa \geq 80 ans et devenir

Garrouste-Orgeas M.Int Care Med 2006

	ADMIS (n=48)	NON ADMIS TROP BIEN (n=51)	NON ADMIS TROP GRAVE (n=79)
Experience med.			
Senior (>2 ans)	85,5 %	67,7 %	75,9 %
Junior	14,5 %	37,2 %	22,7 %
Lits disponibles			
Non	16,6 %	41,1 %	41,7 %
Un ou plusieurs	82,6 %	58,7 %	58,1 %
Nb med impliqués			
Un seul	93,7 %	92,1 %	91,1 %

Admission en réa du sujet âgé à partir des Urgences

Guidet B, Réanimation, 2008

- **Etude prospective multicentrique ≥ 80 ans (ICE-CUB)**
- Patients avec des critères (établis par des experts, méthode Delphi) qui pourraient justifier une prise en charge en réanimation:
 - **2646 patients**
 - **662 (25 %) proposés en réa par les médecins urgentistes**
 - **330 (50,1 %) sont admis**
 - Variation du taux d'admission de plus de 2 entre deux établissements
- **Facteurs de non proposition par les urgentistes:**
 - Démence, âge, patient vivant seul, cancer, psychotropes, perte d'autonomie, gravité aiguë
- **Avis du patient sollicités dans 10 % des cas**

Statut fonctionnel prémorbide (PFS) prédicteur de mortalité et d'état fonctionnel un an après réa

Pietilanen L. Int Care Med 2018

- Données Finlandaise, un an de mai 2012 à avril 2013
- **Statut fonctionnel prémorbide (PFS)** : se lever du lit, mobilité à domicile, s'habiller seul , monter les escaliers seul, marcher 400m sans assistance
- Score de statut fonctionnel avec ces 5 éléments: Notion de fragilité
- **Statut fonctionnel avant le séjour en réa et un an après**
- **Mortalité à un ans et statut fonctionnel comme critère essentiel de l'étude**

Statut fonctionnel prémorbide (PFS) prédicteur de mortalité et d'état fonctionnel un an après réa

Pietilainen L, ICM 2018,

	< 80 ANS	>= 80 ANS
NB ADMISSIONS	14562	1827
IGS 2 à l'entrée	29 (21-42)	39 (31-50)
IGS 2 sans l'âge	19 (12-31)	21 (13-32)
Autonome vie quotidienne, %	88,3	66,3
Mortalité hôpital, %	10,6	21,3
Mortalité à un an %	20,9	38,2

Statut fonctionnel prémorbide (PFS) prédicteur de mortalité et d'état fonctionnel un an après réa

Pietilainen L, ICM 2018

	Résultat à l'hôpital		Résultat à un an	
	Survivants	Décédés	Survivants	Decedés
Nombre	78,7%	21,3 %	61,8 %	38,2%
Ne peuvent monter seul des escaliers	25,8 %	32,5%	19,4 %	36,7 %
PFS altéré (assistance)	40,4 %	56,7 % (OR 1,5)	35,2 %	58,5 % (OR 2,18)

Statut fonctionnel prémorbide (PFS) prédicteur de mortalité et d'état fonctionnel un an après réa

Pietilainen L, ICM 2018

- **Un statut fonctionnel préalable altéré est associé à une surmortalité à un an**, particulièrement chez les patients ayant un motif chirurgical d'admission en réa,
- **Une analyse simple de l'autonomie est performante** en terme d'information: se lever, s'habiller, monter les escaliers seuls, marcher 400 m.
- **Mais des incertitudes**
 - Le nombre de patients non pris en charge en réa à cause de tels critères ??
 - L'incidence des limitations et arrêt de soins pendant le séjour ??
- **6 patients sur 10 admis en réa sont en vie un ans après et 5 sur 10 le sont avec un statut fonctionnel similaire à la situation péhospitalière**

Rôle de la fragilité sur la mortalité en réa et à 30 j et sur le niveau de soins chez les pts ≥ 80 ans *Flaatten H, ICM 2017*

- Etude multicentrique européenne (311 services)
 - 5021 pts ≥ 80 ans
 - Score de fragilité (CFS), SOFA score, procédures thérapeutiques (ventilation, drogues vasoactives, dialyse), LATA,
 - **Mortalité en réa: 22,1 %; à 30 jours 32,6 %**
 - **Score de fragilité $\geq 5/9$ chez 43,1 % des pts en relation avec la mortalité à 30 j (OR 1,54) (mortalité à 41 % vs 24 %)**
- Durée de séjour médiane en réa: 2,3 j
- Pas d'information au-delà de 30 jours
- **Dans le groupe à haut niveau de fragilité**
 - CFS ≥ 5 : 31,3 % de limitation et 14,8 % d'arrêt thérapeutique
 - vs 14,2 et 9,9 % en l'absence de fragilité

Qualité de vie, ≥ 80 ans, un an après séjour en réanimation *Tabah A.... Garrouste-Orgeas M, Crit Care 2010*

- St Joseph Paris; Population sélectionnée 2005-2006
- Score d'autonomie avant admission
- 106 pts (moy: 84 ± 3 ans) médico-chirurgical,
 - Sofa: $5,4 \pm 3,5$; 59,4 %, VM: 45,3 %, Nadrenal,: 18,9 %, dialyse,
 - **Mortalité**
 - **Pdt le séjour en réa: 37 %**
 - **À l'hôpital: 45,2 %**
 - **Un an après le séjour: 68,9 % +++**

Qualité de vie, \geq 80 ans, après séjour en réanimation

Tabah A... Garrouste-Orgeas M, Crit Care 2010

- **23 patients évalués après un an:**
 - 80 % ont une autonomie comparable à celle relevée avant l'admission en SC
- **Qualité de vie comparable à celle de la population générale du même âge**
 - Meilleur taux de satisfaction vis à-vis des relations sociales, moins peur de la mort...
- **18/23 sont d'accord pour accepter une nouvelle prise en charge en réanimation en cas de besoin**

Quality of life in patients aged 80 or over after ICU discharge

Tabah *et al. Critical Care* 2010, **14**:R2

Table 3 Quality of life of the survivors compared to the general population

	Study population N = 23	General population matched on age and gender	P value
QOL-BREF			
Overall perception of QOL	73.9 ± 18.5	73 ± 19.6	0.87
Overall perception of health	72.7 ± 18.0	63.5 ± 21.4	0.12
Physical health	62.1 ± 16.6	56.7 ± 18	0.29
Psychological health	69.4 ± 16.3	56.5 ± 18.7	0.02
Social relationships	73.2 ± 16.7	60.2 ± 17.0	0.01
Environment	77.3 ± 12.1	67.5 ± 13.4	0.01

Meilleure chez les patients que dans la population générale

Complications et Avenir après Chir. Card. ≥ 80 ans

Schurr P. Thorac Cardiovasc Surg 2010

- 646 pts ≥ 80 ans vs 6081 ($70,3 \pm 3,4$ ans),
 - 2001-2006
- Mortalité hospitalière: 7,4 % vs 3,7 % ($p < 0,05$)
- Complications post-op; 15 % vs 7,6 % ($p < 0,05$)
- Facteurs de risque de complications: NYHA IV, insuf. Rénale
- Mortalité: **urgence**, reprise, valve mitrale, durée clampage
- Acceptable ?! Décision chirurgicale: trop tôt, trop tard ?

Complications et Avenir après chirurgie cardiaque ≥ 80 ans

Schmidtler FW. Thoracic Cardiovasc Surg 2008

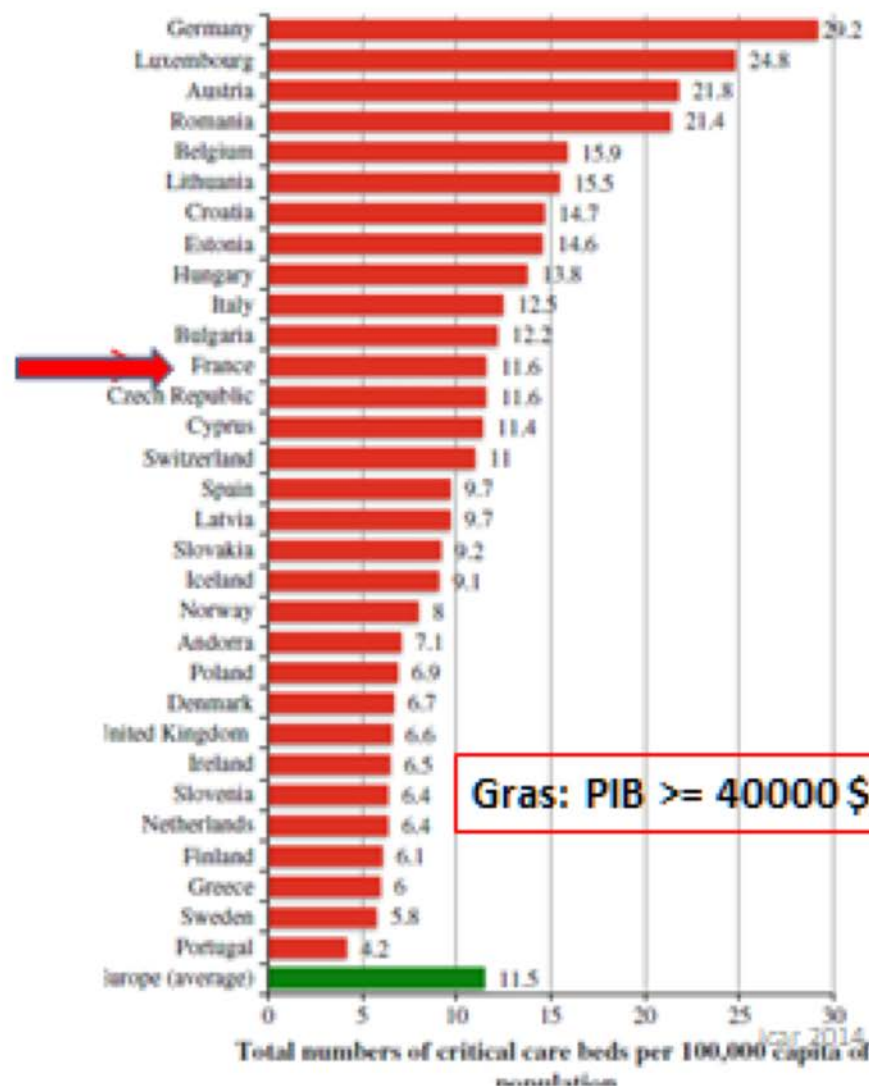
- De 1993 à 2005, 641 pts âge moyen 82,6 (80 à 92,6)
- Coronaire (432 pts) et valvulaire (188 aortique et 21 mitrale)
- **Suivi de 0,1 à 11,8 années (moy: 3,5 \pm 2,6)**
- **Mortalité péri-op: coronaire: 8,8 %, aorte: 4,8 % et mitrale: 9,5 %,**
 - Facteurs de mortalité: **urgence**, morbidité pré-op, ins rénale,
 - Survie après 3 ans: coronaire: 78 %, aorte: 79 %, mitrale 68 %
 - **Survie après 5 ans: coronaire: 66 % , aorte: 68 %, mitrale: 23 %**
- Amélioration fonctionnelle de la classe NYHA

Modèles pronostics de prédiction de la mortalité en Réa chez les patients âgés. *Minne L. Int Care Med 2011*

- **Revue de la littérature** selon des critères de validation de la qualité des études
- Sept études concernent des patients âgés (de 148 à 12993 pts)
- **Aucune d'elle ne peut être considérée comme suffisamment crédible et applicable en pratique clinique**

The variability of critical care bed numbers in Europe

Rhodes A. *Int Care Med* 2012



Allemagne: 29.2

Autriche: 21.8

Roumanie: 21.4

Belgique: 15.9

Bulgarie: 12.2

France: 11.6

Suisse: 11

Espagne: 9.7

Norvège: 8

Danemark: 6.7

Royaume Uni: 6.6

Pays Bas: 6.4

Suède: 5.8

Portugal: 4.2

QUELS MALADES ?

Quelles réflexions sur la prise en charge en réanimation des sujets très âgés ?

- Intérêt pour le patient en terme de ?:
 - Survie, qualité et durée de vie
- Volonté du patient ?
- Espérance, souffrance, charge pour la famille ?
- Coût. Moyens disponibles (financiers, nb de lits) ?
 - Principe de justice distributive
- **ETHIQUE Didier SICARD :l'éthique n'est pas une « vérité » assénée et contingente, mais une inquiétude nécessaire et sans fin (L'alibi éthique 2006)**

Quelles questions se poser ?

- A partir de quel âge on parle de patient très âgé ?
- **Comment définir un sujet fragile ?**
 - Quel parallélisme entre âge et fragilité ?
 - Fragilité: essentiellement basée sur l'autonomie et l'état neuropsychique
- **La fragilité ne concerne pas que les patients très âgés**

Quelles questions se poser ?

- **Les Limitations et Arrêt des Thérapeutiques Actives (LATA)**
 - **Quelles interférences avec les tx de mortalité?**
 - **Le refus d'admission en réa n'est-il pas en lui-même une Limitation de Thérapeutique Active**
 - entre dans la cadre de la Loi Clays Leonetti et imposerait une collégialité médicale et paramédicale (sans perte de temps)
- **La diminution de la durée et de la qualité de vie**
 - Statistiques qui laissent une porte ouverte,
 - Le verre est à moitié vide, à moitié plein
- Pas d'obstination déraisonnable ... ?

Variabilité sur les décisions d'arrêt de soins des thérapeutiques actives *Quill CM. Chest 2014*

- 269 000 patients 153 services de SC
- La probabilité de décisions d'arrêt des soins:
 - varie de 1 à 6 selon les services après divers ajustements sur la, pathologie, l'âge, la gravité, l'état fonctionnel antérieur...
- **En conclusion: le taux de mortalité en réanimation ne peut pas être un critère de qualité des soins et ne peut pas être expliqué par la seule gravité des patients.**

Quelles questions se poser ?

- **Quel rôle joué par le malade lui-même dans la prise de décisions**
 - Capacité du patient à donner un avis « éclairé » en situation aigue
 - Directives anticipées: rares, écrites dans quelles conditions ?
 - Personne de confiance: pas si simple ?
- **Quel rôle joué par la famille**, important mais parfois des avis divergents
 - Ne pas la culpabiliser

CONCLUSIONS

- **Comment avoir des critères pronostics « aidants » à titre individuel ?**
 - Chez le sujet très âgé... et les autres
 - La recherche du Graal (Flaatten H. *Int Care Med* 2018)
 - Impose
 - la prudence, la réflexion, le partage...dans les décisions,
 - le suivi de nos malades
- Comment faire face aux problèmes de coût, de moyens, alors que les besoins sont appelés à augmenter.