

41th
INTERNATIONAL
CONGRESS
ON INTENSIVE
CARE MEDICINE



G R O U P E
H O S P I T A L I E R
D U H A V R E

Mobilisation précoce du patient en réanimation

Recommandations Formalisées d'Experts

Nassaj A.



SOCIÉTÉ DE
KINESITHERAPIE
DE REANIMATION

A. NASSAJ/ MKDE, GHH, LE HAVRE

Congrès SRLF, Paris, 2013

Déclaration

Nassaj A.

Aucun conflit d'intérêts.

DEFINITION

Il est entendu par le terme mobilisation une activité physique suffisante à provoquer des effets physiologiques qui stimulent la ventilation, la perfusion centrale et périphérique, la circulation, le métabolisme et la conscience, et aide à prévenir la stase veineuse et la TVP

Intensive Care Med (2008) 34:1188–1199

R. Gosselink

Physiotherapy for adult patients with critical illness: recommendations of the European Respiratory Society and European Society of Intensive Care Medicine Task Force on Physiotherapy for Critically Ill Patients

Mobilisation: intérêts

- L'immobilisation en USI seule ne peut être tenue responsable de la perte de force musculaire mais y contribue sûrement. La mobilisation donc peut être une stratégie préventive
- Le mécanisme d'action reste inexpliqué, mobiliser un muscle pourrait éviter la perte de force ou la restaurer, mais ceci reste à prouver.
- La mobilisation apporte certainement un bénéfice psychologique.

(De Jonghe, ICM, 2009)

Objectifs court terme

- Limiter les complications du décubitus.
- Diminuer de la durée de VM.
- Faciliter le sevrage ventilatoire.
- Diminuer la durée de séjour en USI.

Ambrosino, rev port pneumo, 2012.

Doherty, int care nurs, 2010.

Choi, biol res nurs, 2008.

Latronico et al, Lancet, 2011

Objectifs moyen et long terme

- Améliorer l'autonomie fonctionnelle du patient après son séjour en USI et ses capacités à effectuer les AVQ.
- Améliorer l'endurance du patient et sa capacité à l'exercice.
- Améliorer la qualité de vie après séjour en USI.
- Diminuer le taux de réadmission en USI.
- Diminuer la durée d'hospitalisation.

Burtin, CCM, 2009

Dowdy, ICM, 2005

Quand débiter la mobilisation?

- La mobilisation doit être débutée de manière précoce, immédiatement après stabilisation cardio-respiratoire et neurologique. Elle est faisable et sans danger (*Gosselink, ICM, 2008*).
- Les études ont démontré que la mobilisation précoce en USI est faisable et sans danger, les séances peuvent débiter le lendemain de l'intubation. (*libshutz , int care, 2012*)

Inclusion

La mise en place d'un protocole de service incluant dans le programme de mobilisation précoce tous les patients de l'unité conduit à prioriser la mobilisation et exercices physiques en tant qu'option thérapeutique plutôt que de considérer cette thérapie optionnelle dans la prise en charge du patient en USI.

The development of a clinical management algorithm for early physical activity and mobilization of critically ill patients: synthesis of evidence and expert opinion and its translation into practice

Susan Hanekom¹

 **CLINICAL
REHABILITATION**

Clinical Rehabilitation
0(0) 1-17
© The Author(s) 2011

Faisabilité et sécurité

- Cohorte prospective.
- 103 patients inclus.
- Évaluer la faisabilité et la sécurité des exercices suivants : station assise au bord du lit, transfert et station assise au fauteuil, déambulation.
- 1449 actes évalués.

Early activity is feasible and safe
in respiratory failure patients*

Polly Bailey, RN, APRN;

Crit Care Med 2007 Vol. 35, No. 1

Faisabilité et sécurité

Résultats :

- Faisabilité : Cette étude n'a pas nécessité de moyens humains supplémentaires (USA) mais une réorganisation de l'unité afin de rendre l'activité précoce du patient un soins prioritaire.
- Sécurité : 14 situations indésirables sont survenues : 5 chutes sur les genoux sans gravité, 4 hypoTA <90 mmHg, 3 désaturations <80%, 1 ablation SNG, 1 hyperTA > 200mmHg.

Techniques et exemples

Nassaj A.

La mobilisation analytique

- Elle peut être passive, active aidée ou active et consiste à mobiliser chaque articulation dans toute son amplitude articulaire disponible.
- Le choix du mode de mobilisation est réalisé en fonction des capacités de participation du patient.



Nassaj A.

Dupuis et coll
Rouen
2012

Nassaj A.

Medtrinal, Prieur
GHH 2012



Le renforcement musculaire

- Travail actif contre résistance, par groupes musculaires en fonction de leur mode de contraction physiologique.
- Il peut être de type concentrique, excentrique ou isométrique.

Nassaj A.

Riffard
CHU St Etienne, 2012



L'Electrostimulation musculaire.

- Contraction musculaire induite par un courant électrique externe.
- Technique de choix chez le patient sédaté. ■
- Attention : efficacité limitée chez les patients en sepsis sévère.

Nassaj A.

Bialais, Roesler
Bruxelles, 2012



Travail avec cyclo-ergometre ou arthromoteur

- Permet de réaliser des mobilisations de type passive, active ou renforcement musculaire.
- Ce type de mobilisation mécanique peut être réalisé à l'aide d'une Attelle de mobilisation continue, plus connue sous le nom d'arthromoteur.



Bialais, Roesler
Bruxelles, 2012



Nassaj A.

Bialais, Roesler
Bruxelles, 2012



Nassaj A.

Nassaj A.

Bialais, Roesler
Bruxelles, 2012



Nassaj A.

Verticalisation sur plan

- Permet une posture verticale chez des patients sédatisés ou devant rester en décubitus dorsal strict.
- L'angle d'inclinaison et la durée des séances doit être adaptée à l'état du patient.



Nassaj A.

Prieur et coll.
GHH
2012



Nassaj A.



Nassaj A.

Riffard
CHU St Etienne, 2012

Bord de lit (transfert DD -assis)

- Permet d'examiner le tonus global du patient, sa capacité de coordination et de réalisation de ce transfert, ainsi que sa tolérance à la position assise.



Nassaj A.

Médical, Prieur
GHH, 2012

Verticalisation active (transfert assis-debout)

- Prérequis pour le transfert actif au fauteuil. Permet de réaliser un travail de l'équilibre statique et d'évaluer l'endurance du patient.

Nassaj A.



Transfert lit-fauteuil

- Doit être fait de manière la plus active possible (selon bilan initial).
- Dans l'impossibilité, ce transfert peut être effectué à l'aide d'un lève malade.
- Des exercices de renforcement musculaire et d'entraînement cardio vasculaire peuvent être effectués au fauteuil.

Nassaji A.





Nassaj A.

Bialais, Roesler
Bruxelles, 2012



Nassaj A.

Bialais, Roesler
Bruxelles, 2012

Déambulation

- Nécessite une parfaite collaboration du patient. Peut être effectuée chez le patient intubé, trachéotomisé.
- Nécessite des moyens humains plus importants que pour les autres techniques et une organisation de service.

Nassaj A.

Dupuis et coll
Rouen
2012





Medrinal et coll.
GHH
2011

Nassaj A.

Participation aux AVQ

- Le patient doit participer le maximum possible à la réalisation des actes de vie quotidienne tel que la toilette, habillage, alimentation, retournements dans le lit etc...
- La perception de la qualité de vie à la sortie de réanimation est directement liée à la perte d'autonomie fonctionnelle (Dowdy, ICM, 2005)

Conclusions

- Des travaux scientifiques de grande ampleur sont nécessaires pour préciser le niveau de preuve de la mobilisation précoce en réanimation (groupe d'experts)
- La mobilisation précoce nécessite une titration continue de la sédation. Il est important de promouvoir la culture d'un patient plus éveillé en USI. (*Morris, CCC, 2007*)
- L'amélioration fonctionnelle n'est pas directement liée à une augmentation de force musculaire, mais plutôt à l'apprentissage du patient des stratégies de compensation (De Jonghe)

Conclusions

La réhabilitation du patient doit débuter dès son admission en USI, et elle comprend :

- La manière dont il a été réanimé.
- Le degré d'exposition aux corticostéroïdes systémiques et au curare.
- La prise en compte le degré de participation du patient dans le travail ventilatoire.
- Le contrôle glycémique, la titration de la sédation, le diagnostic et traitement précoce du délirium.
- Surviennent ensuite la mobilisation précoce et la réhabilitation active.

(Herridge, ICM, 2009)

La mobilisation précoce en réanimation est une démarche globale de service, initiée et guidée par le médecin, qui requiert la participation de tous les soignants de l'unité (IDE, AS) en collaboration étroite avec les kinésithérapeutes, experts du mouvement.

Merci pour votre écoute et votre attention