

# Pronostic à 6 mois des patients de 80 ans ou plus hospitalisés dans un service de réanimation polyvalente

Mémoire pour l'obtention du DESC de réanimation médicale



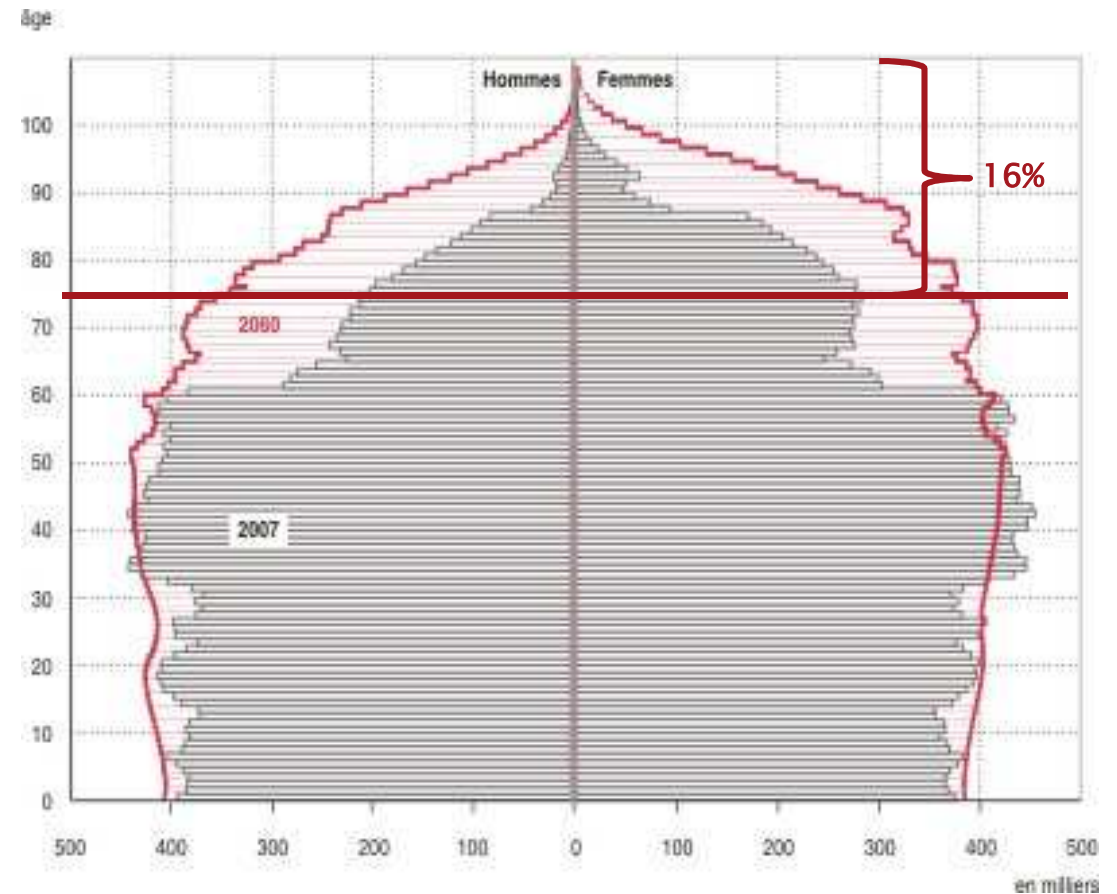
Dr Jérôme PILLOT  
1<sup>er</sup> Juin 2016, Toulouse

Directrice de Mémoire  
Dr Marie-Aline ROBAUX



# INTRODUCTION

- ▶ Vieillesse de la population
- ▶ Sollicitation fréquente
- ▶ Interrogation sur bienfondé de la réanimation à partir d'un certain âge
- ▶ Poids/pénibilité des LAT au quotidien



Champ : France métropolitaine.  
Sources : Insee, estimations de population pour 2007 et projection de population 2007-2060 pour 2060.

# des enjeux éthiques...

## Perte de chance

- ✓ Non admission
- ✓ Moindre intensité de prise en charge
- ✓ LAT

## Utilisation

- disproportionnée d'une ressource précieuse
- ✓ Justice distributive
- ✓ Aucun bénéfice attendu



des enjeux socio-économiques??

- Pronostic vital et fonctionnel à moyen et long termes?
- Qui en tire vraiment bénéfice?

# Notre étude



- ▶ Evaluer le pronostic vital à 6 mois des patients de 80 ans ou plus ayant séjourné en réanimation polyvalente
  - État des lieux à Bayonne
    - Pratique des LAT
    - Facteurs de risque de décès?
  - Contribution scientifique humble



# Matériel et méthodes: inclusions

- ▶ Etude de cohorte rétrospective, observationnelle, monocentrique
- ▶ Tous les patients de 80 ans ou plus admis en réa du 1<sup>er</sup> Janvier 2012 au 31 décembre 2013 (pas les ré-admissions)
- ▶ Pas de procédure de triage, admission en réanimation à la libre appréciation du médecin



# Matériel et méthodes: recueil

- ▶ Caractéristiques démographiques et comorbidités
  - ADL et IADL
- ▶ Diagnostic à l'admission, catégories et scores de gravité
  - IGS II; APACHE II; MPMo
- ▶ Prise en charge réanimatoire
- ▶ Caractéristiques première décision de limitation–arrêt thérapeutique (LAT)
- ▶ Devenir, mortalité réa/hôpital/3mois/6 mois
  - Dossiers informatisés, médecins traitants, spécialistes
- ▶ Caractéristiques du décès

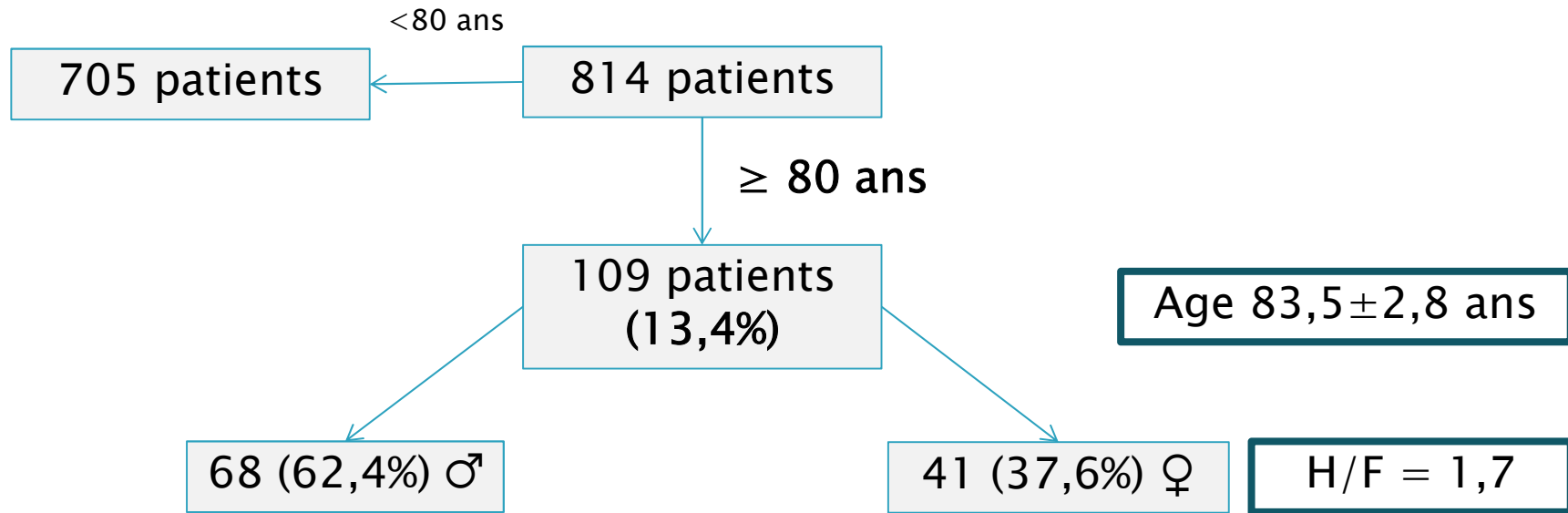


# Matériel et méthodes: autres

- ▶ Avis favorable comité d'éthique SRLF avril 2015
  - Pas de financement
  - Pas de conflit d'intérêt
  
- ▶ Analyse statistique
  - Description standard des données
  - Analyses univariées *t-test* ou *Khi2/Fischer*
  - Facteurs de risque de mortalité à 6 mois: régression logistique pas à pas descendante incluant les variables significatives à  $p \leq 0,20$
  - Significativité et risque  $\alpha$ :  $p < 0,05$



# RESULTATS: démographie



- ▶ 9 ADL/IADL
  - ADL: 5,7 ± 0,7
  - IADL: 3,2 ± 1,3
- ▶ 3,1 ± 1,4 comorbidités



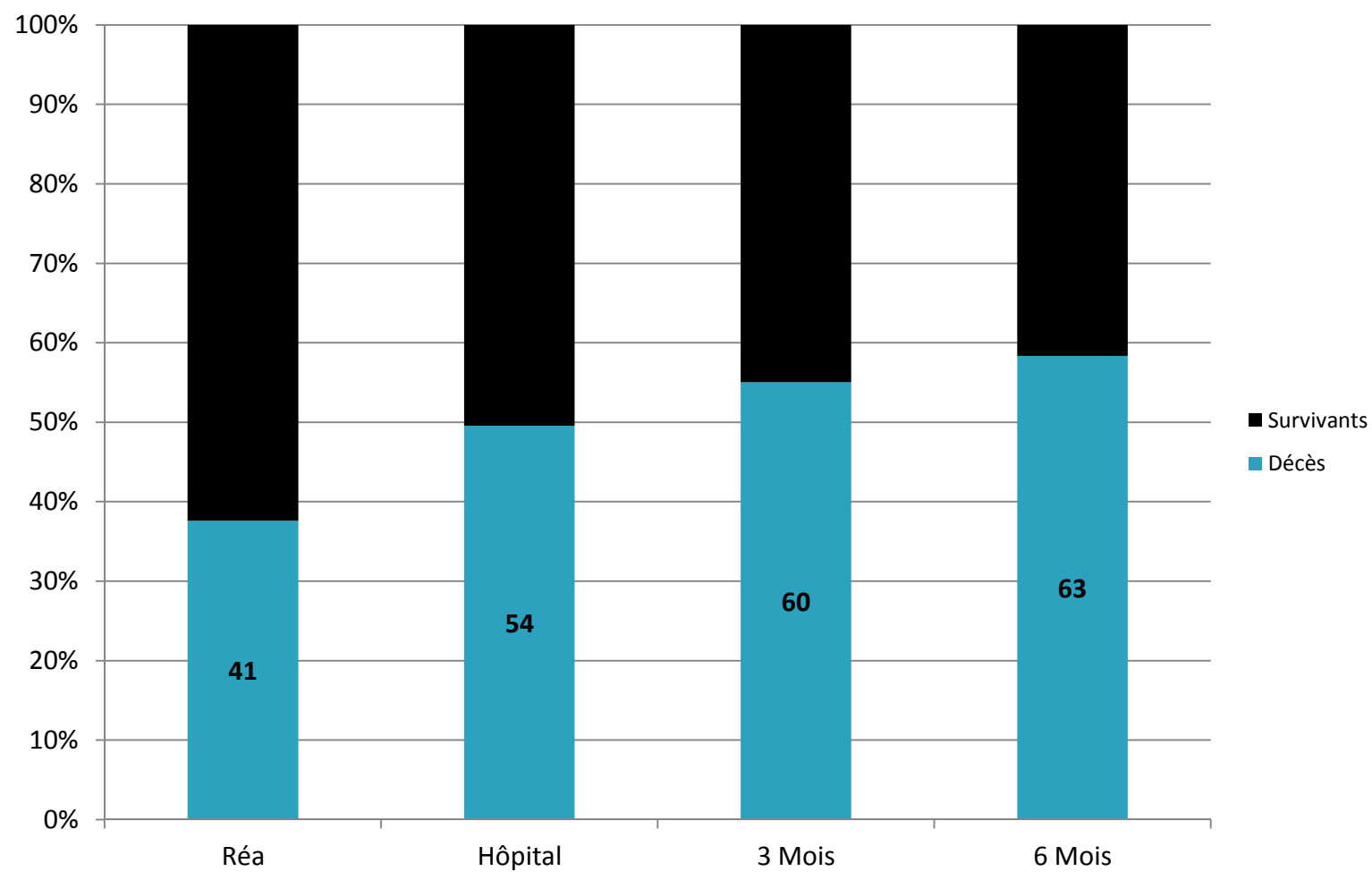
# RESULTATS: admission et séjour

Scores pronostiques ; moyenne ( $\pm$ écart-type)	Total (n=109)	Hommes (n= 68)	Femmes (n=41)
IGS II 24h	56,9 ( $\pm$ 20,9)	58,9 ( $\pm$ 21,1)	53,7 ( $\pm$ 20,4)
APACHE II 24h	19,1 ( $\pm$ 7,5)	19,6 ( $\pm$ 7,5)	18,4 ( $\pm$ 7,7)
MPM II admission	62 ( $\pm$ 25,2)	62,4 ( $\pm$ 24,3)	61,3 ( $\pm$ 27)
Catégorie d'admission ; n (%)			
Médicale	76 (69,7)	49 (72,1)	27 (65,9)
Chirurgie urgente	29 (26,6)	16 (23,5)	13 (31,7)
Chirurgie programmée	4 (3,7)	3 (4,4)	1 (2,4)

Motifs d'admission ; n (%)	Total (n=109)	Hommes (n=68)	Femmes (n=41)
Choc septique	35 (32,1)	23 (33,8)	12 (29,3)
Chirurgie digestive	17 (15,6)	12 (17,6)	5 (12,2)
Insuffisance respiratoire aiguë (hors OAP)	14 (12,8)	8 (11,8)	6 (14,6)
SDRA	14 (12,8)	11 (16,2)	3 (7,3)
Sepsis sévère	11 (10,1)	10 (14,7)*	1 (2,4)
Décompensation de BPCO	10 (9,2)	8 (11,8)	2 (4,9)
Arrêt cardiaque récupéré	8 (7,3)	5 (7,4)	3 (7,3)
Autres causes cardiovasculaires (Trouble du rythme, trouble de conduction	8 (7,3)	5 (7,4)	3 (7,3)
Autres causes neurologiques (épilepsie...)	7 (6,4)	4 (5,9)	3 (7,3)
Insuffisance rénale aiguë	6 (5,5)	5 (7,4)	1 (2,4)
Traumatisme rachidien	5 (4,6)	3 (4,4)	2 (4,9)
AVC hémorragique	4 (3,7)	1 (1,5)	3 (7,3)
Traumatisme crânien	4 (3,7)	1 (1,5)	3 (7,3)

Techniques et LAT ; n (%)	n/total (%)	Hommes n (%)	Femmes n (%)
Antibiothérapie	89/109 (81,7)	62/68 (91,2) <sup>§</sup>	27/41 (65,9)
Intubation oro-trachéale	85/109 (78,0)	53/68 (77,9)	32/41 (78,0)
Voie veineuse centrale	77/106 (72,6)	49/66 (74,2)	28/40 (70,0)
Catécholamines	74/109 (67,9)	50/68 (73,5)	24/41 (58,5)
Cathéter artériel	64/106 (60,4)	47/66 (71,2)**	17/40 (42,5)
Transfusion	32/107 (29,9)	22/67 (32,8)	10/40 (25,0)
Epuration extra-rénale	22/109 (20,2)	15/68 (22,1)	7/41 (17,1)
Curarisation > 24h	15/108 (13,9)	12/68 (17,6)	3/40 (7,5)
Ventilation non invasive	11/109 (10)	10/58 (14,7)*	1/41 (2,4)
Monitoring de PIC/DVE	4/108 (3,7)	0	4/41 (9,8) <sup>£</sup>
LAT durant le séjour en réa	45/109 (41,3)	32/68 (47,1)	13/41 (31,7)
<b>Variables temporelles ; moyenne (± écart-type)</b>	<b>Total (n = 109)</b>	<b>Hommes (n=68)</b>	<b>Femmes (n=41)</b>
Délai admission - LAT (j)	8,2 (±7,8)	8 (±6,4)	8,8 (±10,8)
Durée intubation (j)	6,8 (±8,4)	7,6 (±9)	5,5 (±7,2)
Durée séjour (j)	9 (±9)	9,9 (±9,2)	7,6 (±8,7)

# RESULTATS: Mortalité



# RESULTATS: Pronostic /catégorie

Mortalité/catégories (n=109)	Réa	Hôpital	3 mois	6 mois <sup>§</sup>
% décès parmi les survivants	NA	19,1	10,9	6,1
Hommes (n=68) (n ;%)	28 (41,2)	37 (54,4)	42 (61,8)	44 (64,7)
Femmes (n=41)* (n ;%)	13 (31,7)	17 (41,5)	18 (43,9)	19 (47,5)
Age >= 85 ans (n=38) **	15 (39,5)	21 (55,3)	23 (60,5)	24 (64,9)
Age < 85 ans (n=71)	26 (36,6)	33 (46,5)	37 (52,1)	39 (54,9)
Médicale (n=76)	32 (42,1)	43 (56,6)	47 (61,8)	49 (64,5)
Chir urgente (n=29) <sup>§</sup>	9 (31)	10 (34,5)	12 (41,4)	12 (42,9)
Chir programmée (n=4)	0 (0)	1 (25)	1 (25)	2 (50)

## Quelques chiffres clés:

- ▶ 58% de décès à 6 mois
  - 65% durant séjour en réanimation
  - 86% des décès durant séjour hospitalier
- ▶ 6% de sortie vers UCS gériatrique
- ▶ 66% de survie à 6 mois des sortants de la réa
- ▶ 87% des décès en lien avec l'affection initiale
- ▶ 62/63 décès à l'hôpital



# RESULTATS: Pronostic réa

	H +F	Hommes	Femmes
Mortalité globale (%)	24,2	22,7	26,9
Mortalité des patients < 80 ans (%)	22,1	20	26,1
Mortalité des patients ≥ 80 ans (%)	37,6*	41,2**	31,7

\* p=0,001; OR2,1IC95% [1,4-3,2] \*\*OR 2,8 IC95% [1,7-4,8]; p<0,0001

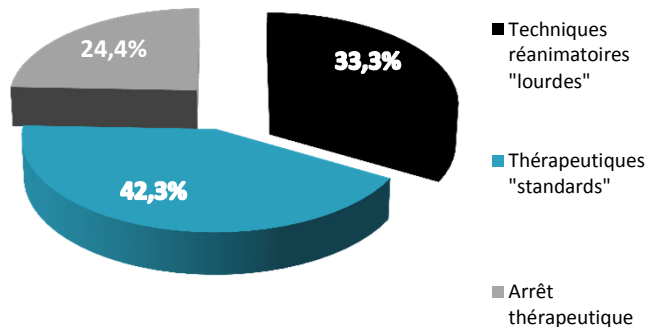
Pronostic en réanimation	Population globale	Vivants (n=68)	Décédés (n=41)	Analyse univariée OR [IC95%]
IGS II	56,9±20,9	50,4±17,9	67,8±21,1	p<0,0001
APACHE II	19,1±7,5	16,6±6,6	23,5±7	p<0,0001
MPM II à l'admission	62±25,5	56,7±25,6	71,3±21,8	p=0,004
Intubation oro-trachéale	85 (78,0)	48 (70,6)	37 (90,2)	p=0,016 OR 3,85 [1,28-11,65]
Voie veineuse centrale (3 données manquantes)	77 (72,6)	43 (65,2)	34 (85)	p=0,026 OR 3,03 [1,14-8,05]
Catécholamines	74 (67,9)	37 (54,4)	37 (90,2)	p= 0,000 OR 7,75 [2,62-22,98]
Cathéter artériel (3 données manquantes)	64 (60,4)	34 (61,5)	30 (75)	p=0,017 OR 2,83 [1,21-6,60]
Curarisation > 24h (une donnée manquante)	15 (13,9)	4 (5,9)	11 (27,5)	p=0,002 OR 6,07 [1,88-19,63]
LAT durant le séjour en réa	45 (41,3)	14 (20,6)	31 (75,6)	p<0,0001 OR 11,67[4,7-29,1]





# RESULTATS: LAT en réanimation

- ▶ 41% des patients (45 patients)
- ▶ 5,5% personne de confiance
- ▶ 0 directive anticipée, 8,3% « volonté exprimée »
- ▶ 22,2% consultant externe



Motif principal de la LAT	n (%)
Maladie aiguë grave avec séquelles lourdes envisagées	27 (60)
Souhait du patient / expression indirecte par les proches	13 (28,9)
Polydéfaillance évolutive	12 (26,7)
Terrain débilisé découvert <i>a posteriori</i>	11 (24,4)
Maladie chronique décompensée sans efficacité d'une prise en charge réanimatoire bien conduite	4 (8,9)

DMS LAT+ vs LAT- = 13,2j±11,4 vs 6j±5,2 ; p<0,0001

# RESULTATS: LAT et mortalité

- ▶ 69 % des LAT décédés en réa (89% à 6 mois)
- ▶ 63% des patients sans LAT survivent à 6 mois
- ▶ 75 % des décès en réa ont LAT
- ▶ 63 % des décès à 6 mois ont LAT
- ▶ 89% des survivants à 6 mois n'avaient pas de LAT



# RESULTATS:

## facteurs de risques de décès à 6 mois

### ▶ *A l'admission*

**IGSII  $\geq$  60**

OR 3,03 IC95% [1,09-8,47]  
p=0,034

**APACHE II  $\geq$  19**

OR 2,99 IC95% [1,12-7,99]  
p=0,029

**Sepsis sévère**

OR 6,15 IC95% [1,14-33,04]  
p=0,034

### ▶ *Liés au séjour en réanimation*

**Existence d'une LAT**

OR 14,68 IC95% [4,51-47,80]  
P < 0,0001

# DISCUSSION

- ▶ Sélection des patients et engagement thérapeutique
- ▶ Pronostic vital à court et moyen termes
- ▶ L'impact des LAT...
- ▶ Facteurs de risque de mortalité à 6 mois
- ▶ Limites de l'étude



# Variability of Intensive Care Admission Decisions for the Very Elderly



Ariane Boumendil<sup>1,2,3\*</sup>, Derek C. Angus<sup>4</sup>, Anne-Laure Guitonneau<sup>5</sup>, Anne-Marie Menn<sup>6</sup>, Christine Ginsburg<sup>7</sup>, Khalil Takun<sup>7</sup>, Alain Davido<sup>8</sup>, Rafik Masmoudi<sup>8</sup>, Benoît Doumenc<sup>9</sup>, Dominique Pateron<sup>10</sup>, Maité Garrouste-Orgeas<sup>11</sup>, Dominique Somme<sup>12</sup>, Tabassome Simon<sup>13,14</sup>, Philippe Aegerter<sup>3,15</sup>, Bertrand Guidet<sup>1,2,16</sup> on behalf of the ICE-CUB study group<sup>1</sup>

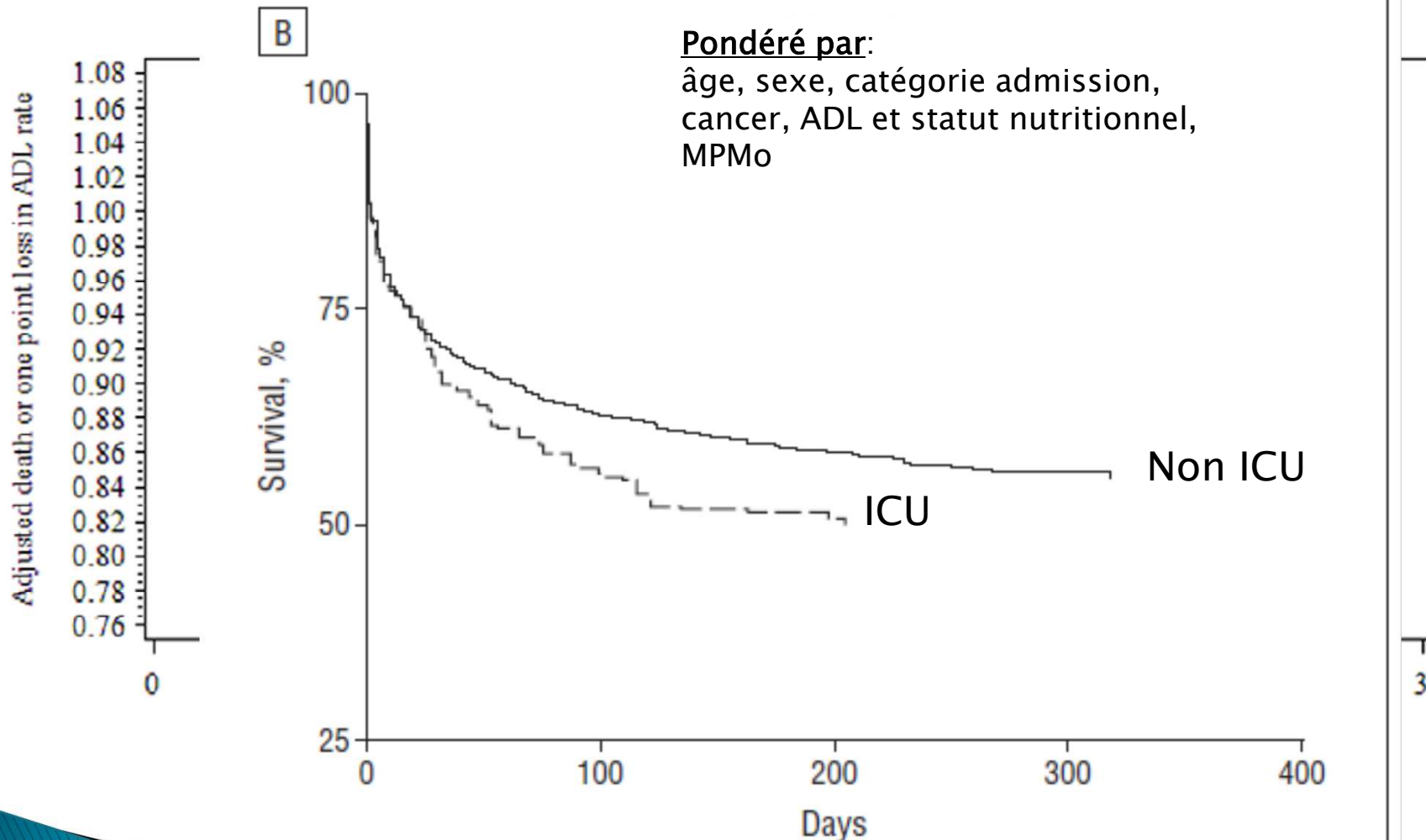
April 2012 | Volume 7 | Issue 4 | e34387

- ▶ ICE-CUB-réa 15 réa (227 lits) 2646 patients
- ▶ 12,4% admis en réanimation
- ▶ Facteurs influençant le « triage »
  - *Statut fonctionnel ADL*
  - *Etat nutritionnel, aspect émacié*
  - *Cancer*
  - *Consommation de psychotrope*
  - *Diagnostic principal*
- ▶ *Refus: Catégorie médicale, aide toilette, âge > 85ans, pas de lit dispo<sup>1</sup>*



1. Garrouste-Orgeas M, Timsit JF, Montuclard L, et al. Decision-making process, outcome, and 1-year quality of life of octogenarians referred for intensive care unit admission. *Intensive Care Med* 2006; 32(7): 1045-51.

# Impact pronostic?



Boumendil A, Latouche A, Guidet B, Group I-CS. On the benefit of intensive care for very old patients. *Arch Intern Med* 2011; 171(12): 1116-7.

# Treatment Intensity and Outcome of Patients Aged 80 and Older in Intensive Care Units: A Multicenter Matched-Cohort Study

Ariane Boumendil, MSc,\* Philippe Aegerter, PhD, MD,\*† Bertrand Guidet, MD,\*‡  
and the CUB-Rea Network

JAGS 53:88–93, 2005

- ▶ 6000 patients 65–79 vs ≥ 80 ans
- ▶ Appariement IGSII, Charlson, sexe, catégorie admission, lieu, année

Engagement thérapeutique « net » et perte de chance?..... **QUID DES LAT**

Support and Outcome		Adjusted Odds Ratio (95% CI)	P-value <sup>†</sup>
Circulatory support	37% vs 39%	1.08 (0.96–1.21)	.19
→ Mech ventilation	39% vs 34%	0.69 (0.61–0.78)	<.001
→ Vasopressor support	7% vs 4%	0.52 (0.41–0.66)	<.001
Tracheostomy	5% vs 2%	0.37 (0.28–0.50)	<.001
ICU mortality		1.32 (1.13–1.54)	<.001
Hospital mortality		1.52 (1.31–1.76)	<.001

# DISCUSSION

- ▶ Sélection des patients et engagement thérapeutique
- ▶ Pronostic vital à court et moyen termes
- ▶ L'impact des LAT...
- ▶ Facteurs de risques de mortalité à 6 mois
- ▶ Limites de l'étude





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



Alexis Tabah<sup>1</sup>, Francois Philippart<sup>1,2</sup>, Jean Francois Timsit<sup>3,4</sup>, Vincent Willems<sup>1</sup>, Adrien Français<sup>3</sup>, Alain Leplège<sup>5</sup>, Jean Carlet<sup>1</sup>, Cédric Bruel<sup>1</sup>, Benoit Misset<sup>1,6</sup>, Maité Garrouste-Orgeas<sup>1,2\*</sup>

Tabah et al. *Critical Care* 2010, **14**:R21

- ▶ Prospective, monocentrique, observationnelle
- ▶ Réanimation médico-chirurgicale (70%/30%)
- ▶ 106 patients (18%) sur 2 ans, évaluation QOL/ADL à 1 an
- ▶ 37% LAT en réanimation

Mortalité	ICU	Hôpital	1 ans
Tabah et al.	38%	45%	69%
Bayonne	38%	50%	6 mois: 58%

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

Antoine Roch<sup>1\*</sup>, Sandrine Wiramus<sup>1</sup>, Vanessa Pauly<sup>2</sup>, Jean-Marie Forel<sup>1</sup>, Christophe Guervilly<sup>1</sup>, Marc Gainnier<sup>1</sup>, Laurent Papazian<sup>1</sup>



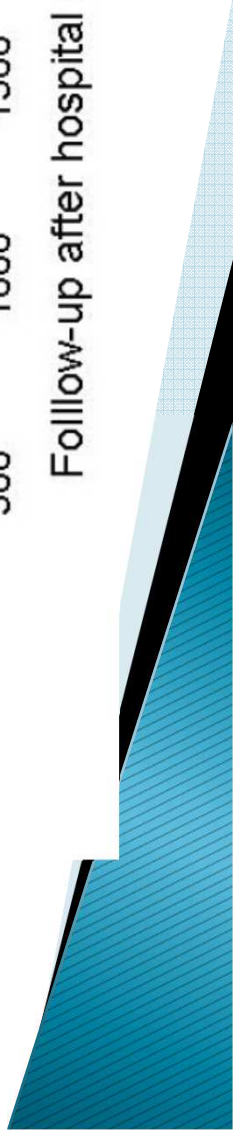
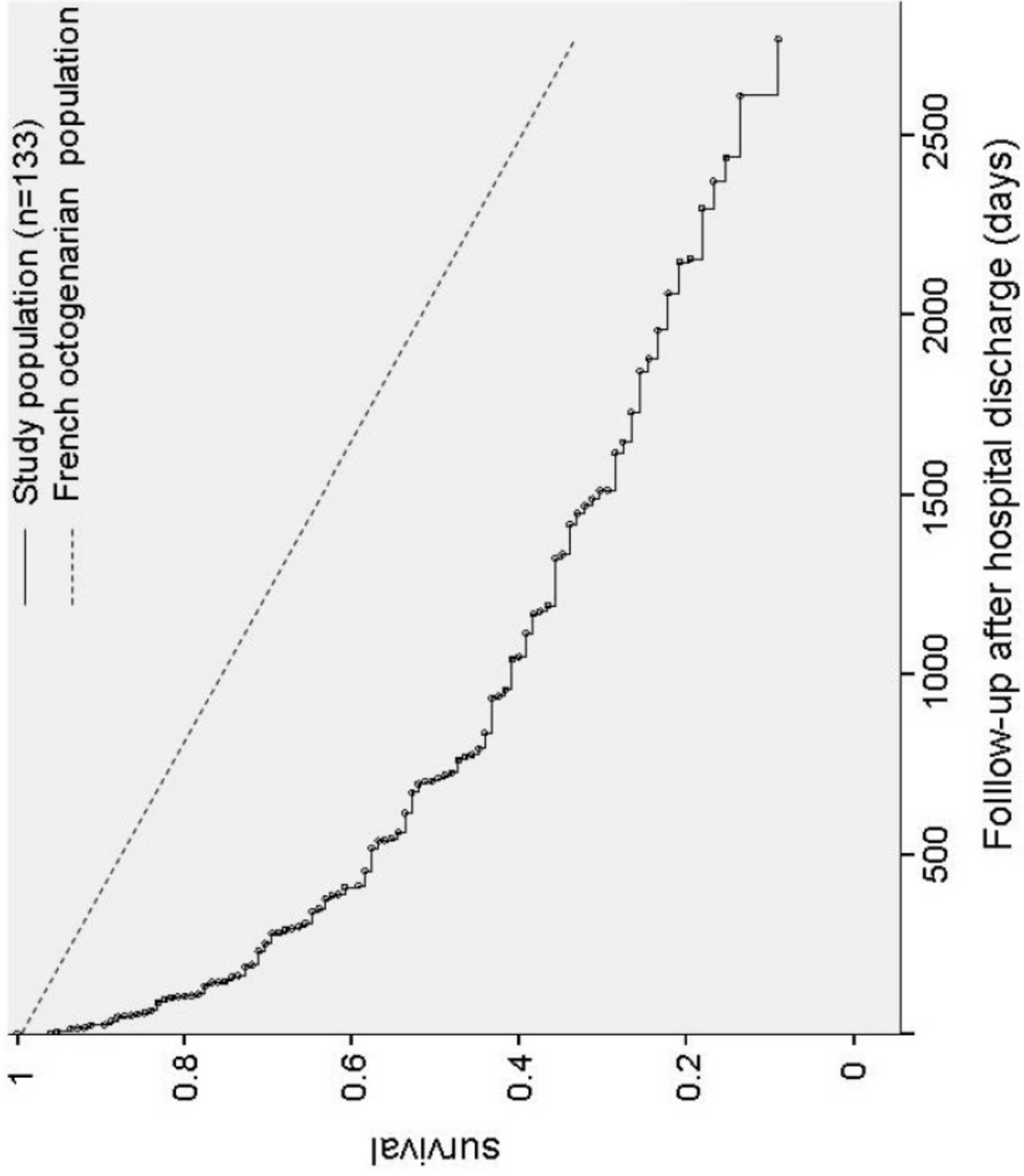
Roch et al. *Critical Care* 2011, 15:R36

- ▶ Rétrospective, monocentrique, observationnelle
- ▶ Réanimation médicale
- ▶ 299 patients (12,4%), mortalité à 2 ans et évaluation QOL/SF-36 à long termes
- ▶ 23% LAT (EER/IOT) en réanimation

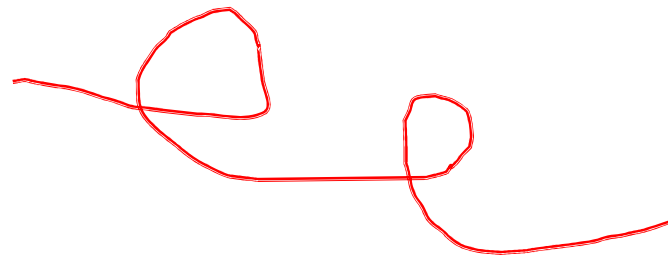
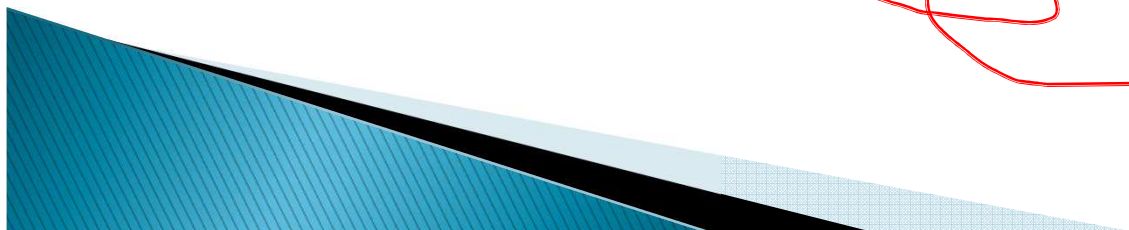
Mortalité	ICU	Hôpital	1 ans	2 ans
Roch et al.	46%	55%	72%	79%
Bayonne	42%	57%	6 mois: 65%	NA

- ▶ 47% des sortants de l'hôpital survivent à 2 ans





- ▶ 30 à 40% de survie à 1 an en France
- ▶ Surmortalité en réanimation (28%–50%)
  - Quid de nos hommes de plus de 80 ans....
    - Biais de sélection
    - Sensiblement + de LAT chez les hommes dans l'étude (NS)
- ▶ Surmortalité hospitalière / Majorité des décès durant séjour hospitalier (40%–60%)
  - Quid du parcours de soins
    - Sortie prématurée (volontaire LAT ou involontaire)
    - Inadéquation du service d'aval
      - Fragilité de la personne âgée et dépendance aux soins
      - Trop peu de transfert en court séjour gériatrique
    - Impact des LAT sur pratiques ultérieures
- ▶ **IMPACT DES LAT...**



# DISCUSSION

- ▶ Sélection des patients et engagement thérapeutique
- ▶ Pronostic vital à court et moyen termes
- ▶ L'impact des LAT...
- ▶ Facteurs de risques de mortalité à 6 mois
- ▶ Limites de l'étude



# LAT...de quoi parle-t-on?

- ▶ Le flou dans les études...
  - Triage et admission initiale = forme de LAT= biais
  - **Qualification et définition des LAT**
  - Variabilité de pratique inter-services, notamment sur la prise en charge après prise de décision



# Withholding or withdrawal of treatment under French rules: a study performed in 43 intensive care units



Lesieur et al. *Annals of Intensive Care* (2015) 5:15

Olivier Lesieur<sup>1,2\*</sup>, Maxime Leloup<sup>1</sup>, Frédéric Gonzalez<sup>2,3</sup>, Marie-France Mamzer<sup>2</sup> and EPILAT study group

- Prospective, observationnelle, multicentrique
- 5589 patients, 43 réa françaises
  
- ▶ **Stop / Ne pas « escalader / Ne pas initier**
  
- ▶ 20% de mortalité en réa (11% décès hors LAT)
  
- ▶ 14% de LAT (6%LT 8%AT)
  - => 75% décèdent en réa
  - => 17% survivent à la sortie de l'hôpital (18% dans notre étude)
  
- ▶ 52% des décès en réa ont une LAT



# Prophétie auto-réalisatrice...?!



- ▶ Comparer deux groupes de patients?
  - Pas de LAT et ttt maximal
  - Vs possibilités de LAT
  - ⇒ randomisation impossible
  
- ▶ Statut à 6 mois de ceux qui n'ont pas eu de LAT...
  
- ▶ Pas question de remettre en cause les avancées de la loi du 22 avril 2005, MAIS
  
- ▶ Importance des données objectives et vigilance dans le processus décisionnel au-delà du simple cadre légal:
  - Contextualisation de la décision
  - Définition précise de la LAT
  - Accompagnement des équipes
  - Que devient la LAT après la réanimation?
    - Evolutivité?
    - Directives anticipées?
    - Perte de chance?





# DISCUSSION

- ▶ Sélection des patients et engagement thérapeutique
- ▶ Pronostic vital à court et moyen termes
- ▶ L'impact des LAT...
- ▶ Facteurs de risques de mortalité à 6 mois
- ▶ Limites de l'étude



# FDR de décès à 6 mois liés au séjour

- ▶ **LAT... auto-prophétie?**
  - NON, forme de réalisme: absence de LAT => 63% survie, 89% des survivants n'avaient pas de LAT
  - Régression logistique sans LAT
    - Amines OR2,77 IC95% [1,13-6,79]p=0,026
      - En termes de prédiction... AUC = 0,575
- ▶ Pas l'EER, mais Curares >24h (univariée)



# FDR à l'admission de décès à 6 mois

- ▶ **IGS II  $\geq$  60 et APACHE II  $\geq$  19** (AUC 0,737 avec sepsis sévère)
  - Déception...
  - Pertinence clinique? **Un élément d'orientation initiale?**
  - Sans IGS II ni APACHE => **MPMo $\geq$ 68 et sepsis sévère** (AUC 0,652)
- ▶ **Sepsis sévère** (pas influence âge ni sexe ni catégorie)
  - **Une piste à creuser? mais modalités de recueil...**



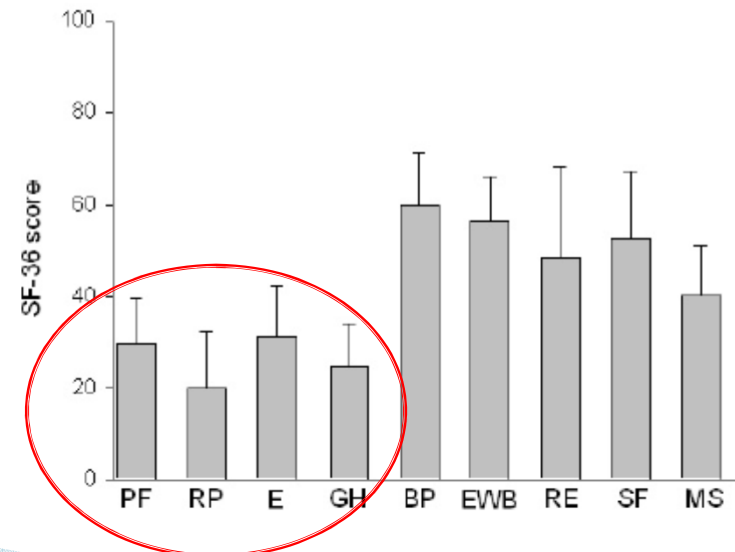
# Long-term outcome in medical patients aged 80 or over following admission to an intensive care unit

Antoine Roch<sup>1\*</sup>, Sandrine Wiramus<sup>1</sup>, Vanessa Pauly<sup>2</sup>, Jean-Marie Forel<sup>1</sup>, Christophe Guervilly<sup>1</sup>, Marc Gainnier<sup>1</sup>, Laurent Papazian<sup>1</sup>



Roch et al. *Critical Care* 2011, 15:R36

- ▶ Prospective, monocentrique, observationnelle
- ▶ Réanimation médicale
- ▶ 299 patients (12,4%), mortalité 2 ans et évaluation QOL/SF-36 à long termes (5 ans)
- ▶ 47% des sortants de l'hôpital survivent à 2 ans (79% mortalité)
- ▶ **Facteurs associés à la mortalité à 2 ans:**
  - IGS II, [Mc Cabe](#)
- ▶ 8% des patients à 5 ans,
  - Altération de l'autonomie physique



# Recovery after critical illness in patients aged 80 years or older: a multi-center prospective observational cohort study

Daren K. Heyland

Intensive Care Med (2015) 41:1911–1920



- ▶ Prospective, observationnelle, multicentrique
- ▶ 610 patients, pronostic vital et fonctionnel à 1 an
- ▶ LAT?
  
- ▶ 44% mortalité à 1 an
- ▶ 25% des patients retrouvent leur état de base (composante physique du SF-36)
  
- ▶ Facteurs pronostiques à l'admission pour une bonne récupération
  - Index de fragilité bas
  - Index de Charlson bas
  - APACHE II

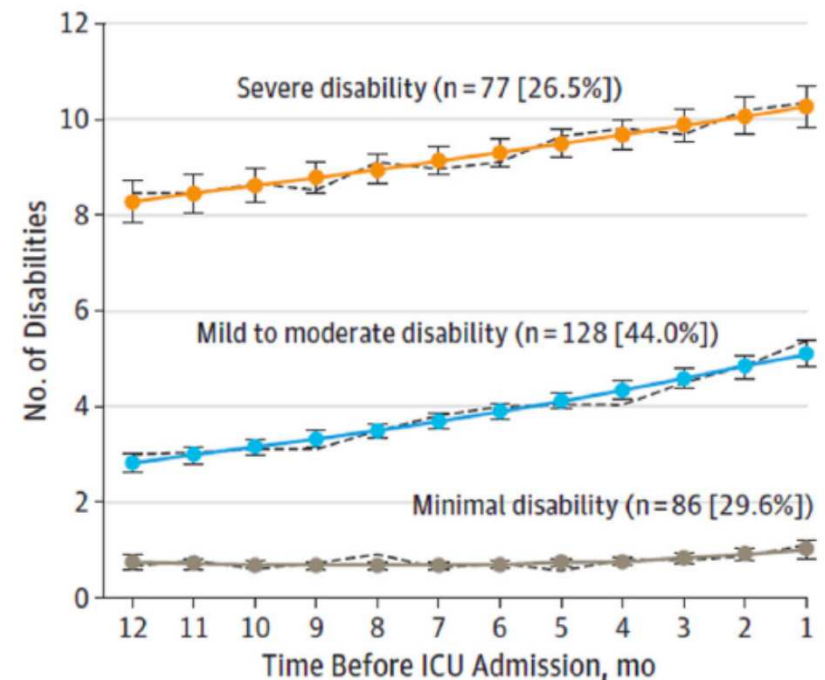
Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet* 2013; **381**(9868): 752–62.

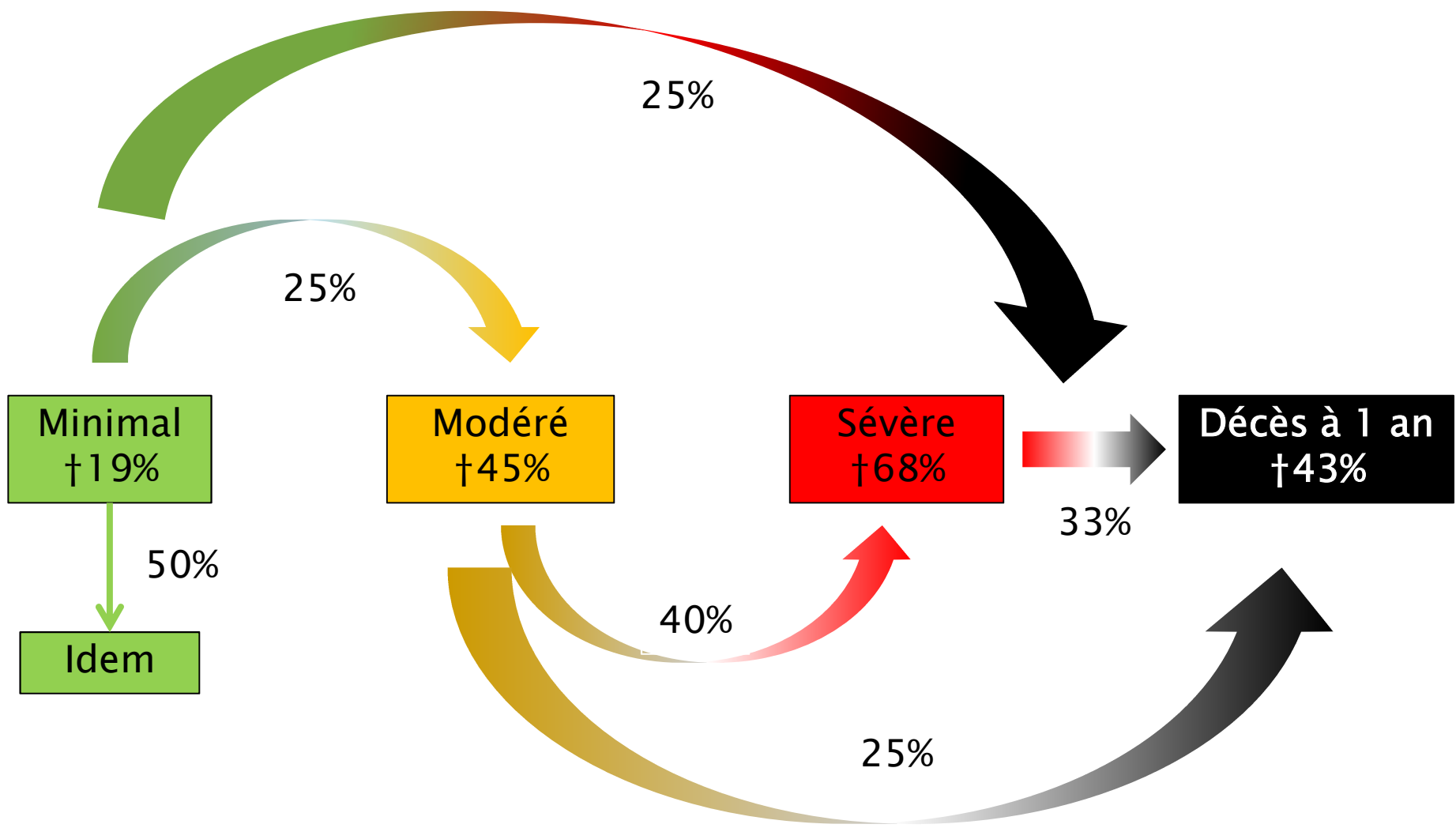
# Functional Trajectories Among Older Persons Before and After Critical Illness

Lauren E. Ferrante, MD, Margaret A. Pisani, MD, MPH, Terrence E. Murphy, PhD, Evelyne A. Gahbauer, MD, MPH, Linda S. Leo-Summers, MPH, and Thomas M. Gill, MD

*JAMA Intern Med.* 2015 April ; 175(4): 523–529.

- ▶ Suivi de population pendant 14 ans
- ▶ 291 hospitalisations en ICU, devenir à un an
- ▶ Statut fonctionnel sur 13 items
  - 5 items IADL, 4 items ADL, 4 items mobilité






Au total, 53% de déclin fonctionnel ou décès

# DISCUSSION

- ▶ Sélection des patients et engagement thérapeutique
- ▶ Pronostic vital à court et moyen termes
- ▶ L'impact des LAT...
- ▶ Facteurs de risques de mortalité à 6 mois
- ▶ Limites de l'étude





- ▶ Monocentrique, réanimation polyvalente, petit effectif, rétrospective
- ▶ Biais de sélection
  - critères d'admission en réanimation
    - Notamment homme/femme
  - Absence de donnée sur la cohorte non admise
- ▶ Impact des LAT au décours de la réa 
- ▶ Pas de donnée de pronostic fonctionnel
  - Étude rétrospective
  - Pas d'exhaustivité du recueil ADL/IADL récemment mis en place
- ▶ Faible pertinence clinique des FDR identifiés
  - Affiner les scores liés aux comorbidités
  - Hommes et catégories médicale? (puissance de l'étude)
- ▶ Concept de fragilité non pris en compte dans le recueil



# CONCLUSION

- ▶ **Surmortalité** indépendamment de l'âge et du sexe
  - 38% et 58% de mortalité en réa et à 6 mois
- ▶ **66% de survie à 6 mois** quand on sort de la réa
  - Passage du « filtre » des LAT en réa sans parler de prophétie
  - 63% de survie en l'absence de LAT
- ▶ **Gravité initiale du patient et sepsis sévère** associés à la mortalité à 6 mois
  - Tendence supérieure non significative pour les hommes et les causes médicales d'admission

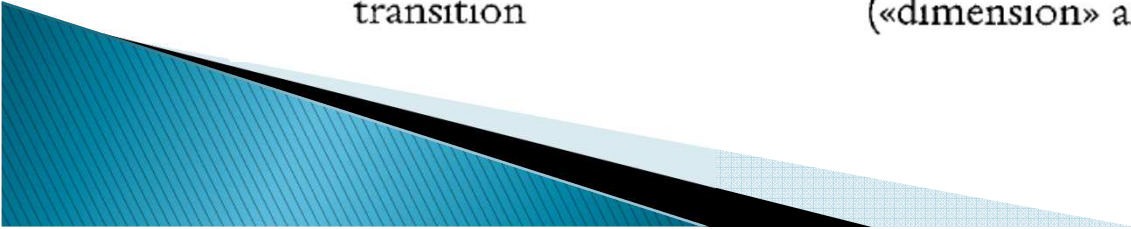


- ▶ **Comorbidités à l'admission et l'état fonctionnel préalable**
  - influencent le pronostic à moyen et long terme
- ▶ **Parcours de soin influence-t-il le pronostic?**
  - Influence des LAT après la réa...
  - Plus-value des UCS gériatriques au décours? Fragilité de la personne âgée

**Merci!! pour votre attention**



## Score SF-36

- PF physical functioning      activité physique (fonctionnement)
  - RP role physical              limitations (du rôle) liées à la santé physique
  - BP bodily pain                douleur physique
  - GH general health            santé générale
  - VT vitality                    vitalité (énergie / fatigue)
  - SF social functioning        fonctionnement ou bien-être social
  - RE role emotional            limitations (du rôle) liées à la santé mentale
  - MH mental health            santé mentale
  - CF cognitive functioning    fonctionnement cognitif  
(dimension absente du SF-36 classique)
  - HT eported health  
transition                    modification perçue de l'état de santé  
(«dimension» annexe, = item 2 ou Q2)
- 

# Echelle ADL de Katz

Echelle des activités de la vie quotidienne - Indice de KATZ			
Activités	Définition d'une activité indépendante	Indépendant	
		Oui	Non
Soins corporels	Ne reçoit pas d'aide ou ne reçoit de l'aide uniquement pour se laver une partie du corps	1	0
Habillement	Peut s'habiller sans aide à l'exception de laçer ses souliers		
Toilette	Se rend aux toilettes, utilise les toilettes, arrange ses vêtements et retourne sans aide (peut utiliser une canne ou un déambulateur, un bassin ou un urinal pendant la nuit)		
Transfert	Se met au lit et se lève du lit et de la chaise sans aide (peut utiliser une canne ou un déambulateur)		
Continence	Contrôle fécal et urinaire complet (sans accidents occasionnels)		
Alimentation	Se nourrit sans aide (sauf pour couper la viande ou pour beurrer du pain)		
			<b>TOTAL</b>

▶ < 3 => dépendance

# Echelle IADL de Lawton

## Echelle des activités instrumentales de la vie quotidienne - Test de Lawton

### Activités

1. Téléphone	Utilise le téléphone de sa propre initiative, compose le numéro	1
	Compose quelques numéros connus	1
	Décroche mais ne compose pas seul	1
	N'utilise pas le téléphone	0
<hr/>		
6. Transport	Utilise les moyens de transport de manière autonome	1
	Commande et utilise seul un taxi	1
	Utilise les transports publics avec une personne accompagnante	0
	Parcours limités en voiture, en étant accompagné	0
	Ne voyage pas	0
<hr/>		
7. Médicaments	Prend ses médicaments correctement et de façon responsable	1
	Prend correctement les médicaments préparés	0
	Ne peut pas prendre les médicaments correctement	0
<hr/>		
8. Argent	Règle ses affaires financières de façon autonome	1
	Règle ses dépenses quotidiennes, aide pour les virements et dépôts	1
	N'est plus capable de se servir de l'argent	0

► Dépendance 0/4

## Ressources et utilitaires

### Scores :

#### Score MPM II-Admission (Mortality Probability Models)

Paramètres ( aide )	Valeur (1 si oui, 0 si non)	Beta
Médical ou chirurgical non programmé	<input type="text" value="&gt;"/>	<input type="text" value="0"/>
Cancer métastatique	<input type="text" value="&gt;"/>	<input type="text" value="0"/>
Cirrhose	<input type="text" value="&gt;"/>	<input type="text" value="0"/>
Insuffisance rénale chronique	<input type="text" value="&gt;"/>	<input type="text" value="0"/>
Arrêt Circulatoire avant l'admission	<input type="text" value="&gt;"/>	<input type="text" value="0"/>
Coma (Glasgow 3-5) ( aide )	<input type="text" value="&gt;"/>	<input type="text" value="0"/>
Fréquence Cardiaque > = 150	<input type="text" value="&gt;"/>	<input type="text" value="0"/>
Pression Art. Systolique < = 90 mmHg	<input type="text" value="&gt;"/>	<input type="text" value="0"/>
Insuffisance rénale aigüe	<input type="text" value="&gt;"/>	<input type="text" value="0"/>
Arythmie cardiaque	<input type="text" value="&gt;"/>	<input type="text" value="0"/>
Accident vasculaire cérébral	<input type="text" value="&gt;"/>	<input type="text" value="0"/>
Hémorragie digestive	<input type="text" value="&gt;"/>	<input type="text" value="0"/>
Lésion intra-cérébrale + effet de masse	<input type="text" value="&gt;"/>	<input type="text" value="0"/>
Ventilation mécanique	<input type="text" value="&gt;"/>	<input type="text" value="0"/>
Age	<input type="text" value="0"/>	0.03057
Mortalité Hospitalière Prédite :	<input type="text" value="0"/>	Logit = 0

La formule utilisée est:  
Logit = Somme ( valeurs \* beta) + age \* 0.03057 -5.46836  
Probabilité de mortalité=  $(e^{\text{Logit}}) / (1 + e^{\text{Logit}})$

# En réanimation...

## ▶ Surmortalité hospitalière associée au LAT

Azoulay E, Pochard F, Garrouste-Orgeas M, et al. Decisions to forgo life-sustaining therapy in ICU patients independently predict hospital death. *Intensive Care Med* 2003; **29**(11): 1895-901.

- ▶ Incidence des LAT: 13-14%
- ▶ Mortalité globale: 18-21%
- ▶ Mortalité hors LAT: 11%
- ▶ Mortalité avec LAT: 68-70%
- ▶ 50% des décès en réa ont LAT

Lesieur O, Leloup M, Gonzalez F, Mamzer MF, group Es. Withholding or withdrawal of treatment under French rules: a study performed in 43 intensive care units. *Ann Intensive Care* 2015; **5**(1): 56.

Lautrette A, Garrouste-Orgeas M, Bertrand PM, et al. Respective impact of no escalation of treatment, withholding and withdrawal of life-sustaining treatment on ICU patients' prognosis: a multicenter study of the Outcomerea Research Group. *Intensive Care Med* 2015; **41**(10): 1763-72.



# Les données scientifiques...en bref

- ▶ Surmortalité par rapport à la population de même âge et même sexe
- ▶ Mortalité à 1 ou 2 ans entre 50 et 70%
  - Pertinence de tels délais?
- ▶ Perte d'autonomie fonctionnelle
- ▶ Ressenti variable sur la qualité de vie



Comorbidités (n)	Effectifs	%	Hommes	Femmes
Hypertension artérielle	77/109	70,6	48/68 (70,6)	29/41 (70,7)
Autres (Fibrillation auriculaire, Artérite des membres inférieurs)	62/108	57,4	43/67 (64,2)	19/41 (46,3)
Polymédication >5	60/105	57,1	40/65 (61,5)	20/40 (50)
Coronaropathie	27/108	25	19/67 (28,4)	8/41 (19,5)
Insuffisance rénale chronique	22/108	20,4	17/67 (25,4)	5/41 (12,2)
Insuffisance cardiaque	21/108	19,4	14/67 (20,9)	7/41 (17,1)
Psychotrope	20/107	18,7	10/67 (14,9)	10/40 (25,0)
Diabète	20/108	18,5	11/57 (16,4)	9/41 (22,0)
Bronchite chronique obstructive	18/108	16,7	11/67 (16,4)	7/41 (17,1)
Accident vasculaire cérébral	17/108	15,7	11/57 (16,4)	6/41 (14,6)
Cancer	16/108	14,8	12/67 (17,9)	4/41 (9,8)
Valvulopathie	13/108	12	8/67 (11,9)	4/41 (12,2)
Dénutrition	12/106	11,3	12/56 (18,2) **	0
Antidépresseurs	10/107	9,3	4/67 (6,0)	6/40 (15,0)

# Decision-making process, outcome, and 1-year quality of life of octogenarians referred for intensive care unit admission

Maité Garrouste-Orgeas  
Jean-François Timsit  
Luc Montuclard  
Alain Colvez  
Olivier Gattolliat  
François Philippart  
Guillaume Rigal  
Benoit Misset  
Jean Carlet

Intensive Care Med (2006) 32:1045–1051

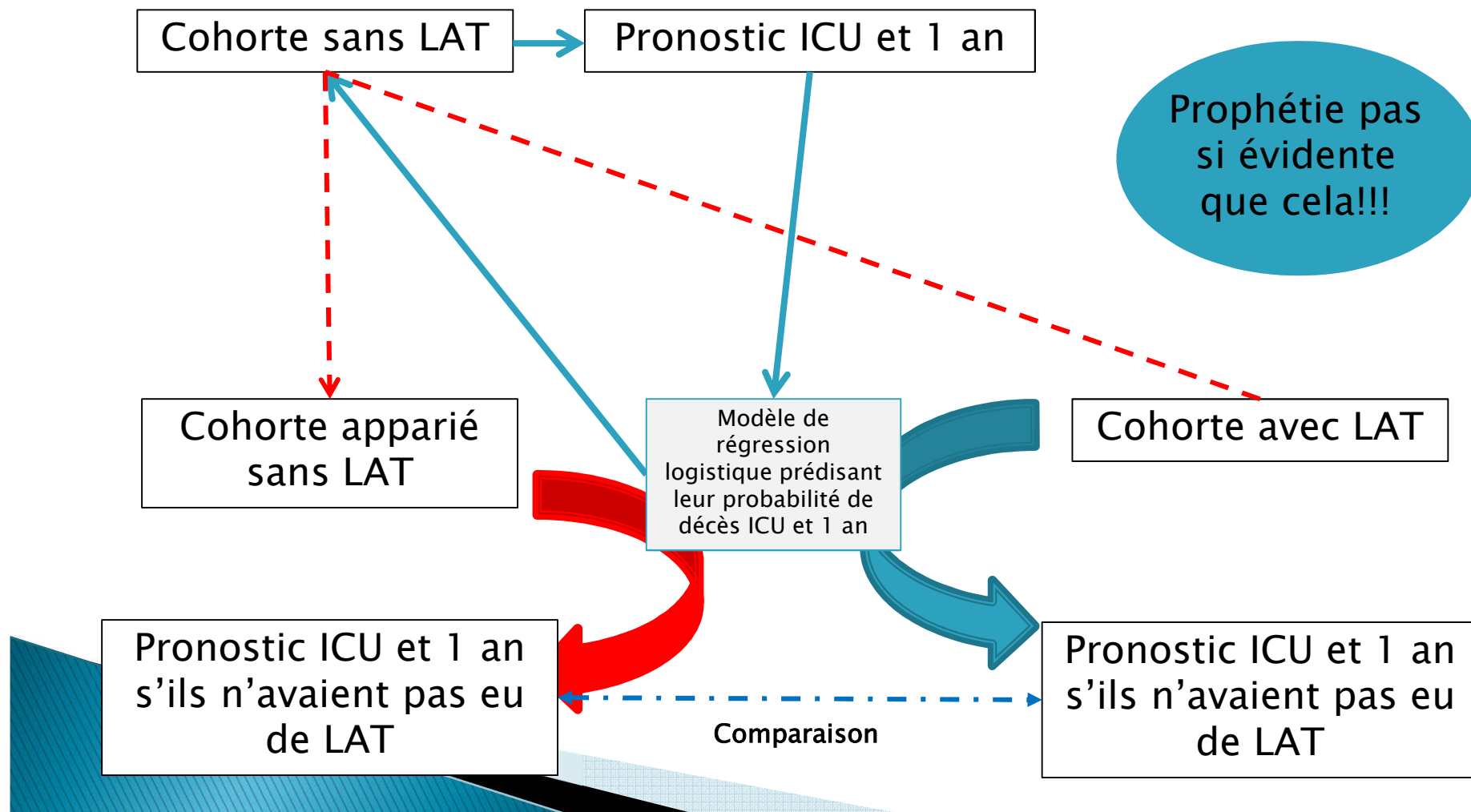
- ▶ Prospective, monocentrique, observationnelle
- ▶ Réanimation médicale
- ▶ 1 80 patients sur 20 mois

Mortalité	ICU	Hôpital	1 ans
étude	50%	62,5%	71%
Bayonne	42%	57%	6 mois: 65%

# Withdrawal of Life-Sustaining Therapy in Patients With Intracranial Hemorrhage: Self-Fulfilling Prophecy or Accurate Prediction of Outcome?

[Weimer JM](#)<sup>1</sup>, [Nowacki AS](#), [Frontera JA](#).

Crit Care Med. 2016 Jun;44(6):1161-72



# LAT... en réa à Bayonne

- ▶ Staff hebdomadaire pluridisciplinaire
- ▶ Consultant externe non systématique
- ▶ Pas de directive anticipée, peu de personne de confiance
- ▶ Pas de précipitation dans la prise de décision ni dans leur mise en application



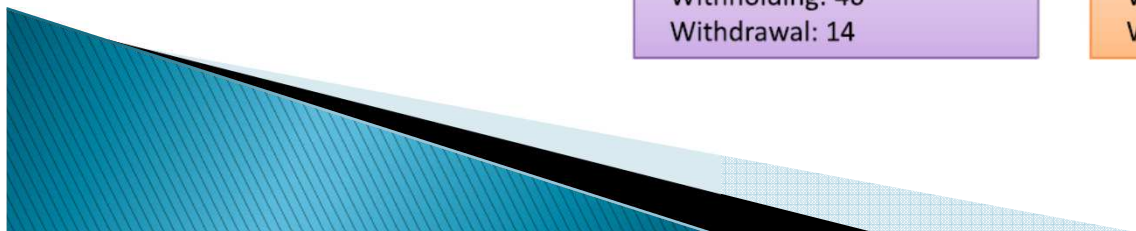
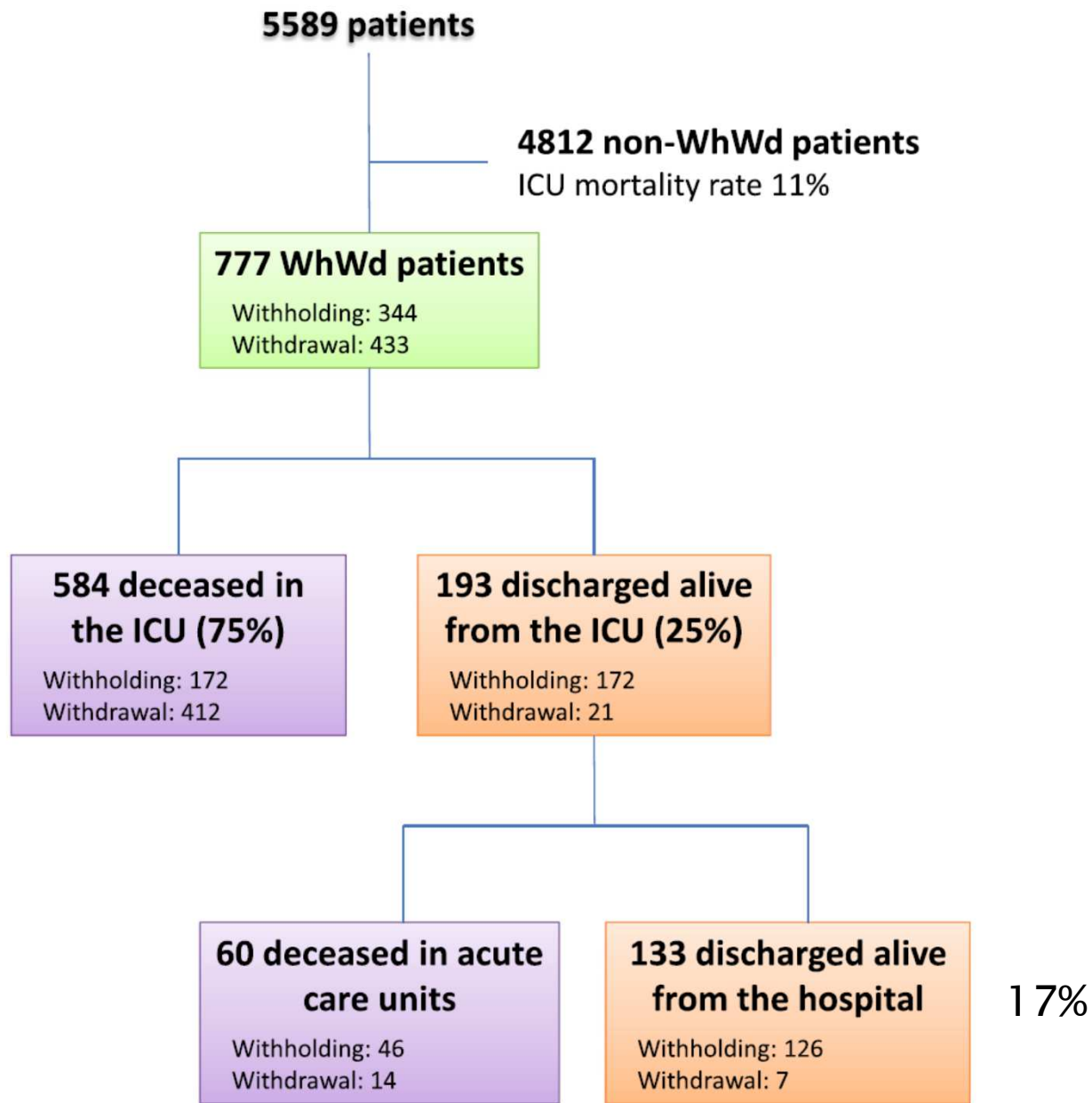
## Triage ou sélection des patients?

- ▶ Admission des patients de 80 ans ou plus
  - En progression depuis les années 2000<sup>3</sup>
  - 14,4% dans la base de données CUB-Réa<sup>1</sup>
  - Variabilité des décisions d'admission de ces patients d'un hôpital à l'autre (5,6%–38,8%) avec impact pronostic incertain<sup>2</sup>

1. B.Guidet, Thomas C, D.Pateron, et al. Personnes âgées et réanimation. *Réanimation* 2014; **23**: S437–S44.

2. Boumendil A, Angus DC, Guitonneau AL, et al. Variability of intensive care admission decisions for the very elderly. *PLoS One* 2012; **7**(4): e34387.

3. Boumendil A, Aegerter P, Guidet B, Network CU-R. Treatment intensity and outcome of patients aged 80 and older in intensive care units: a multicenter matched-cohort study. *J Am Geriatr Soc* 2005; **53**(1): 88–93.



- 1) No additional information needed for decision-making: 602 patients (77 %)
- 2) Limited subsequent functional autonomy: 581 patients (75 %)
- 3) Absence of curative strategy: 559 patients (72 %)
- 4) Non-responsive to medical therapy: 516 patients (66 %)
- 5) Advanced or terminal stage of a severe and incurable disease: 474 patients (61 %)
- 6) Limited subsequent relational quality of life: 442 patients (57 %)
- 7) Limited functional autonomy before hospital admission: 317 patients (41 %)
- 8) Very advanced age: 210 patients (27 %)
- 9) Perception of disproportionate and non-beneficial treatment voiced by patient's relatives: 172 patients (22 %)
- 10) Wish to limit treatment voiced by patient: 110 patients (14 %)

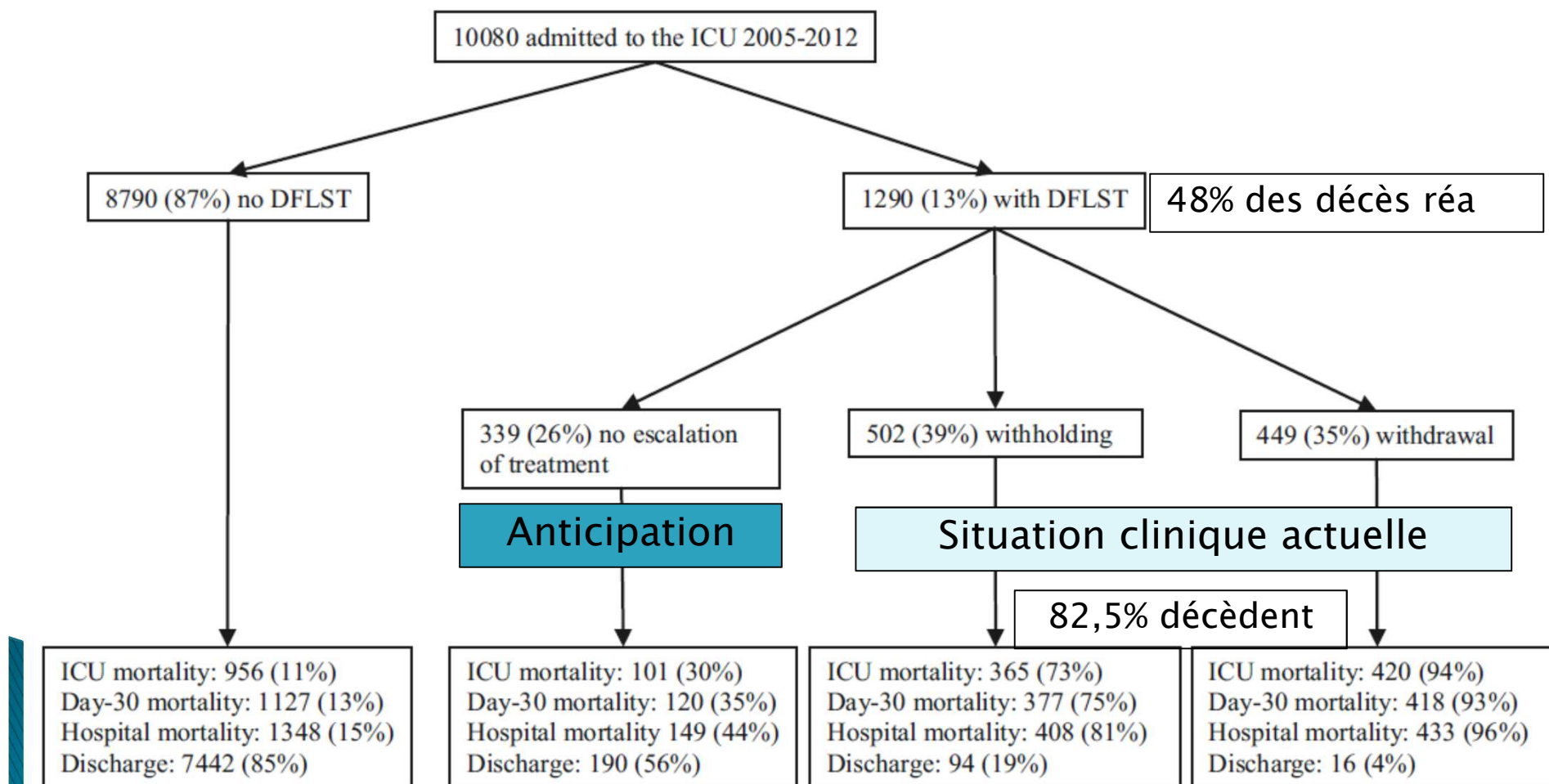


# Respective impact of no escalation of treatment, withholding and withdrawal of life-sustaining treatment on ICU patients' prognosis: a multicenter study of the Outcomerea Research Group



Intensive Care Med (2015) 41:1763–1772

Alexandre Lautrette  
 Maïté Garrouste-Orgeas  
 Pierre-Marie Bertrand  
 Dany Goldgran-Toledano  
 Samir Jamali  
 Virginie Laurent  
 Laurent Argaud  
 Carole Schwebel  
 Bruno Mourvillier  
 Michaël Darmon  
 Stéphane Ruckly  
 Anne-Sylvie Dumenil  
 Virginie Lemiale  
 Bertrand Souweine  
 Jean-François Timsit  
 Outcomerea Study Group



# Predictors of mortality and short-term physical and cognitive dependence in critically ill persons 75 years and older: a prospective cohort study

Cédric Daubin<sup>1\*</sup>, Stéphanie Chevalier<sup>1</sup>, Amélie Séguin<sup>1</sup>, Cathy Gaillard<sup>2</sup>, Xavier Valette<sup>1</sup>, Fabrice Prévost<sup>1</sup>, Nicolas Terzi<sup>1,3</sup>, Michel Ramakers<sup>1</sup>, Jean-Jacques Parienti<sup>2,4</sup>, Damien du Cheyron<sup>1,5</sup> and Pierre Charbonneau<sup>1</sup>

Daubin et al. *Health and Quality of Life Outcomes* 2011, **9**:35

- ▶ Prospective, observationnelle, monocentrique
- ▶ Réanimation médicale
- ▶ 100 patients  $\geq$  75 ans, FDR pronostic à 3 mois
- ▶ 61% mortalité à 3 mois
- ▶ FDR: **Index de comorbidité de Charlson, nb défaillance SOFA (analyse multivariée), épuration extra-rénale (uni)**
- ▶ Pas de modification ADL ni IADL chez les survivants

