

Changements cognitifs chez les aînés à la suite d'un séjour à l'unité de soins intensifs

Andrew Perrella MD Olivia Geen MD FRCPC Mimi Wang MD FRCPC MMed Bram Rochweg MD MSc FRCPC
Frank Molnar MSc MDCM FRCPC Chris Frank MD CCFP(COE)(PC)

Question clinique

Comment pouvons-nous aider les adultes plus âgés qui éprouvent des changements cognitifs à la suite d'un séjour à l'unité de soins intensifs (USI)?

Résultats

Le syndrome post-soins intensifs (SPSI) comprend une déficience cognitive ou physique, nouvelle ou aggravée, à la suite d'une admission à l'USI, qui persiste au-delà de l'hospitalisation pour soins aigus¹. La hausse anticipée de la prévalence du SPSI en raison du vieillissement de la population au Canada a des répercussions importantes sur les patients à l'USI, leur famille et le système de santé canadien. La prévalence plus élevée du SPSI a aussi des conséquences pour les médecins de famille, car ils prennent en charge la majorité des soins post-hospitalisation des personnes qui survivent à leur séjour à l'USI. Cet article résume les faits saillants de travaux publiés dans le *Canadian Geriatrics Society Journal of CME*².

Données probantes

- La déficience cognitive du SPSI est fréquente, et sa prévalence moyenne varie de 35 à 81 % à 3 mois après le congé de l'USI (en se fondant respectivement sur des évaluations cognitives subjectives et objectives)³.
- Parmi les facteurs de risque figurent une déficience cognitive préexistante, un delirium, une durée plus longue de delirium, la présence d'un sepsis, un syndrome de détresse respiratoire aigu et un choc^{4,5}.
- Selon les recommandations de la Society of Critical Care Medicine, il faut faire un dépistage du SPSI chez les survivants d'un séjour à l'USI dans les 2 à 4 semaines suivant le congé de l'hôpital et effectuer des évaluations itératives par la suite⁶.
- Quelque 46 % des survivants après un séjour à l'USI ont une déficience cognitive persistante 24 mois après le congé de l'hôpital³.

Approche

Il est important de reconnaître la déficience cognitive chez les survivants après un séjour à l'USI; la reconnaissance précoce, la prise en charge et le counseling peuvent mieux faire comprendre la trajectoire de la maladie aux patients et à leur famille, améliorer le fonctionnement et optimiser le soutien⁷. La prise en charge est résumée au **Tableau 1**^{1,7-15}.

Un ensemble de critères pratiques pour détecter la déficience cognitive du SPSI devrait inclure :

- des changements cognitifs nouveaux ou aggravés signalés subjectivement dans le contexte de l'anamnèse par le patient ou un informateur fiable;
- des déficits observés objectivement dans des tests cognitifs;
- la présence d'effets fonctionnels;
- l'absence de causes ou de facteurs réversibles identifiés.

Mise en application

Anamnèse. Parmi les déficits observés chez les patients atteints de la déficience cognitive du SPSI, mentionnons la fonction exécutive (planification et séquençage des tâches), la mémoire à court terme, l'attention ou la concentration, et la vitesse du traitement mental¹⁶.

Il peut être difficile d'évaluer l'impact des changements cognitifs sur la vie d'un patient survivant d'un séjour à l'USI, car il peut aussi avoir une déficience physique liée au SPSI qui limite ses activités de base ou instrumentales de la vie quotidienne. Pour explorer les effets cognitifs sur le fonctionnement, on peut poser des questions comme la suivante : « Y a-t-il des choses que vous (ou la personne dont vous prenez soin) n'êtes plus capable de faire en raison de la façon dont vous réfléchissez (ou elle réfléchit), comme jouer aux cartes, faire des mots croisés ou un autre loisir? »

Tests objectifs. Nous suggérons de dépister la déficience cognitive en évaluant les domaines couramment affectés dans le contexte d'une évaluation exhaustive qui comprend des signalements, par le patient et l'aidant, de changements cognitifs associés à l'admission à l'USI. Il existe diverses options de tests cognitifs que vous pouvez choisir en fonction de la situation dans votre pratique et des besoins du patient¹⁷.

Variables confusionnelles. Il faut exclure d'autres facteurs pouvant causer la déficience cognitive. Il faut tenir compte des effets de nouveaux médicaments, comme les benzodiazépines, les antipsychotiques, les opioïdes ou les anticholinergiques, commencés à l'hôpital. Des troubles de l'humeur peuvent accompagner les changements cognitifs. L'apnée du sommeil obstructive passe facilement inaperçue; elle peut nuire à la fonction exécutive et coïncider avec la présentation de la déficience cognitive du SPSI.

On peut envisager un dépistage par des tests de base en laboratoire. S'il n'y a pas eu d'imagerie cérébrale depuis le congé de l'USI, il est raisonnable d'obtenir une tomodensitométrie sans contraste ou une imagerie par résonance magnétique, si elles sont accessibles. La neuroimagerie aide à évaluer les causes des changements cognitifs comme l'ischémie et peut guider le pronostic en faisant ressortir des prédispositions à des atrophies évocatrices de troubles neurocognitifs primaires, comme la maladie d'Alzheimer.

Les patients admis à l'USI avec un diagnostic de lésion cérébrale traumatique ou d'AVC sont habituellement exclus des études sur la déficience cognitive du SPSI. Par ailleurs, une démence préexistante n'est pas

un critère d'exclusion, et les patients ayant une démence préexistante qui connaissent des déclin cognitifs après une admission à l'USI devraient être considérés comme ayant une déficience cognitive du SPSI.

Pronostic. Il est présumé que la variabilité du pronostic est liée à la maladie grave sous-jacente, comme un choc septique, un syndrome de détresse respiratoire aiguë ou un traumatisme³. Des facteurs comme un delirium ou la découverte d'une démence peuvent influencer sur le pronostic chez les adultes plus âgés. Sur le plan pratique, on peut classer les pronostics comme suit :

Amélioration, si la déficience cognitive du SPSI est principalement attribuable au rétablissement d'un delirium :

Tableau 1. Prise en charge de la déficience cognitive du SPSI

OBJECTIF	ACTION	EXPLICATION
Améliorer la cognition	Traiter les facteurs confusionnels sous-jacents	Cela inclut un examen de la médication, la prise en charge de l'anxiété, de la dépression ou du TSPT sous-jacents, une vérification des analyses sanguines, la neuroimagerie et une consultation en étude du sommeil si une apnée obstructive du sommeil est soupçonnée.
	Demander une consultation en réadaptation cognitive	La réadaptation cognitive chez les plus jeunes survivants d'un séjour à l'USI sans déficience cognitive préexistante est associée à une amélioration de la fonction exécutive, de la mémoire et de l'attention ^{7,8} . Une réadaptation cognitive pour les survivants d'un séjour à l'USI plus âgés devrait être envisagée si elle est accessible, mais le sujet n'a pas été étudié directement. En l'absence d'une réadaptation cognitive formelle, une demande de consultation en ergothérapie peut être envisagée pour examiner l'auto-efficacité et la gestion des objectifs.
	Demander une consultation en réadaptation physique et recommander des exercices quotidiens	En plus des bienfaits sur le plan physique et de la santé mentale, des bienfaits cognitifs peuvent découler du maintien de l'activité physique, et l'exercice devrait être encouragé. Chez les survivants d'un séjour à l'USI, il a été démontré qu'une thérapie physique précoce était bénéfique pour améliorer la fonction physique et réduire la mortalité ⁸ . L'adhésion à un programme d'exercices par des adultes plus âgés peut aider à augmenter l'adhésion et la socialisation.
Stabiliser la cognition	Recommander la réduction ou la cessation de la consommation d'alcool	Il est suggéré de limiter la consommation d'alcool (ou, préférablement, d'opter pour l'abstinence).
	Conseiller au patient de dormir suffisamment	Les troubles du sommeil sont fréquents après une admission à l'USI. Des stratégies non pharmacologiques comme l'hygiène du sommeil et la thérapie cognitivocomportementale pour l'insomnie devraient être utilisées. Sleepwell, une initiative sans but lucratif, a publié des ressources à l'intention des patients, produites par des chercheurs de l'Université Dalhousie à Halifax (N.-É.) ⁹ . Pour orienter les soins, des conseils pratiques sur l'évaluation et la prise en charge de l'insomnie chez les patients âgés ont été publiés ^{10,11} . Si des médicaments sont envisagés, nous suggérons 3 mg de mélatonine par voie orale en début de soirée.
	Recommander des modifications à l'environnement	Il y a lieu de demander une évaluation de la sécurité du domicile par un ergothérapeute. Parmi les ajustements à apporter à la maison, mentionnons des horloges, des calendriers et des aide-mémoire de grand format qui sont visibles et accessibles, de même qu'un bon éclairage au-dessus des plans de travail, comme dans la cuisine et la salle de bain. Les Centers for Disease Control and Prevention ont publié une liste de vérification pour aider les adultes plus âgés à réduire le risque de chutes ¹² .
	Recommander un counseling de soutien par des pairs	Les groupes de soutien pour les survivants d'un séjour à l'USI sont de bonnes sources de counseling, de conseils pratiques, de renseignements communautaires et d'éducation ¹³ . Des ressources à l'intention des patients et de leur famille sont aussi accessibles auprès de la Society of Critical Care Medicine ¹⁴ .

Suite du Tableau 1 à la page e147

Suite du Tableau 1 de la page e146

OBJECTIF	ACTION	EXPLICATION
Prévenir l'aggravation	Discuter des objectifs de soins	Durant les réévaluations, il y a lieu de discuter des points de vue des patients sur leur expérience à l'USI, de leur trajectoire après l'USI et de leurs préférences concernant d'éventuels soins futurs à l'USI. Plus précisément, si les patients ont vécu une déficience cognitive à la suite d'une admission à l'USI et n'ont pas retrouvé leur état cognitif d'avant l'USI en dépit d'un délai et d'une prise en charge suffisants, ces patients et leurs aidants devraient être préparés à la possibilité que d'autres admissions futures à l'USI puissent entraîner un plus grand déclin cognitif.
	Gérer les facteurs de risque de démence modifiables	La gestion des facteurs de risque de démence modifiables peut aider à protéger contre un plus grand déclin cognitif dû à une cause neurodégénérative secondaire. Comme toujours, la prise en charge doit tenir compte des bienfaits du traitement proposé dans le contexte de l'espérance de vie et des objectifs de soins de la personne. Pour ce faire, on peut : <ul style="list-style-type: none"> • Gérer l'hypertension, le diabète, l'obésité et le tabagisme; • Aborder l'isolement social : faire appel aux ressources communautaires locales; • Aborder la déficience auditive : demander une consultation en audiologie si le patient ou les aidants ont des inquiétudes à cet égard.
	Cerner les préoccupations en matière de sécurité	Les changements cognitifs peuvent causer des inquiétudes en matière de sécurité aux patients et à d'autres. Parmi ces préoccupations figurent les suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • Conduite automobile : évaluer la sécurité de la conduite et signaler officiellement les préoccupations à cet égard, conformément aux exigences de la région; • Errance et agression physique : envisager une demande de consultation en médecine gériatrique ou en psychiatrie gériatrique en présence de symptômes comportementaux et psychologiques de la démence; • Sécurité du domicile : brûler des ustensiles de cuisine ou avoir des incidents de feux ou d'inondations à la maison peut indiquer que le patient a besoin d'un degré plus élevé de supervision, soit à la maison ou dans un autre milieu (p. ex. assistance à l'autonomie, maison de retraite, soins de longue durée); • Sécurité financière : assurer l'existence d'une procuration pour les finances et les soins personnels; • Pensées suicidaires : les survivants d'une maladie grave traités dans une USI ont des risques accrus de suicide (RRA=1,22, IC à 95 % de 1,11 à 1,33) et d'automutilation (RRA=1,15, IC à 95 % de 1,12 à 1,19)¹⁵.
Répondre aux besoins des aidants	Discuter du soutien familial	Les membres de la famille des survivants d'un séjour à l'USI peuvent connaître des déficiences physiques et mentales à la suite de l'expérience du patient à l'USI, appelées un <i>SPSI familial</i> . Les symptômes peuvent inclure un sommeil interrompu, de l'anxiété, de la dépression, de l'affliction et un TSPT ¹ . Étant donné l'impact des cercles sociaux sur la santé et le bien-être, il est important de vérifier si les besoins des aidants de votre patient sont aussi comblés. Des ressources pour la famille sont accessibles auprès de la Society of Critical Care Medicine ¹⁴ .

RRA—risque relatif ajusté, SPSI—syndrome post-soins intensifs, TSPT—trouble du stress post-traumatique, USI—unité de soins intensifs.

Les symptômes d'un delirium peuvent persister pendant 6 mois ou plus après le congé de l'hôpital chez les adultes plus âgés qui n'ont pas été admis à l'USI, mais la plupart d'entre eux s'améliorent avec le temps¹⁸. Étant donné que la prévalence du delirium chez les patients à l'USI peut être aussi élevée que 80 %, les patients qui présentent une déficience cognitive du SPSI peuvent avoir un potentiel semblable de s'améliorer dans les mois qui suivent le congé de l'USI¹⁸.


Stabilité, si la déficience cognitive du SPSI est principalement attribuable à une lésion cérébrale acquise (LCA) : Si la déficience cognitive du SPSI est principalement attribuable à une LCA à la suite d'une hypoxie, d'une hypotension, d'une dysrégulation du glucose ou d'une réaction inflammatoire ou à cytokines durant la maladie grave, les déficits peuvent être plus persistants, mais ils ne devraient pas s'aggraver s'il ne se produit pas de nouveaux incidents.

Avec une réadaptation, de tels patients pourraient s'améliorer comme d'autres populations de patients ayant subi une LCA^{7,16}.

Progression, si la déficience cognitive du SPSI est principalement attribuable à un trouble neurodégénératif préexistant ou découvert : Chez des adultes plus âgés dont la cognition était intacte, une autopsie peut révéler les changements neuropathologiques de la maladie d'Alzheimer sans qu'ils aient eu de symptômes cliniques¹⁹. Les caractéristiques de la démence peuvent apparaître lorsque d'autres facteurs de stress cérébral, comme un delirium ou un événement ischémique, épuisent la *réserve cognitive* d'une personne. Dans de telles circonstances, le déclin cognitif peut progresser avec le temps comme le font les syndromes de la démence.

Des évaluations itératives à 3, 6 et 12 mois après le congé de l'hôpital peuvent préciser la trajectoire cognitive

d'un patient, ce qui peut orienter le counseling à propos du pronostic⁶. Une demande de consultation en médecine gériatrique ou en psychiatrie gériatrique peut être envisagée, selon les circonstances et l'accessibilité.

Il n'existe actuellement pas d'options pharmacologiques pour prendre en charge la déficience cognitive du SPSI; la prise en charge non pharmacologique est la pierre angulaire du traitement. Il faudrait établir des plans thérapeutiques individualisés à la suite d'une prise de décisions partagée entre le clinicien, le patient et les aidants. 

Le **D^r Andrew Perrella** est résident en médecine gériatrique à l'Université McMaster à Hamilton (Ontario). La **D^e Olivia Geen** est gériatre et chercheuse clinique à la Division de médecine gériatrique de l'Université McMaster. La **D^e Mimi Wang** est gériatre et professeure adjointe de médecine à la Division de médecine gériatrique de l'Université McMaster. Le **D^r Bram Rochweg** est professeur agrégé de médecine à la Faculté des sciences de la santé à l'Université McMaster. Le **D^r Frank Molnar** est spécialiste en médecine gériatrique; il exerce au Département de médecine de l'Université d'Ottawa et à l'Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa (Ontario). Le **D^r Chris Frank** est médecin de famille; il se concentre sur les soins palliatifs et aux personnes âgées, et est professeur au Département de médecine de l'Université Queen's à Kingston (Ontario).

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Références

1. Needham DM, Davidson J, Cohen H, Hopkins RO, Weinert C, Wunsch H et coll. Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: report from a stakeholders' conference. *Crit Care Med* 2012;40(2):502-9.
2. Geen O, Perrella A, Rochweg B, Wang XY. Cognitive impairment following critical illness in older adults. *Can Geriatr Soc J CME* 2022;11(2).
3. Honarmand K, Lalli RS, Priestap F, Chen JL, McIntyre CW, Owen AM et coll. Natural history of cognitive impairment in critical illness survivors: a systematic review. *Am J Respir Crit Care Med* 2020;202(2):193-201.
4. Lee M, Kang J, Jeong YJ. Risk factors for post-intensive care syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Aust Crit Care* 2020;33(3):287-94. Publ. en ligne du 12 déc. 2019.
5. Sakusic A, O'Horo JC, Dziadzko M, Volha D, Ali R, Singh TD et coll. Potentially modifiable risk factors for long-term cognitive impairment after critical illness: a systematic review. *Mayo Clin Proc* 2018;93(1):68-82.
6. Mikkelsen ME, Still M, Anderson BJ, Bienvenu OJ, Brodsky MB, Brummel N et coll. Society of Critical Care Medicine's international consensus conference on prediction and identification of long-term impairments after critical illness. *Crit Care Med* 2020;48(11):1670-9.
7. Jackson JC, Ely EW, Morey MC, Anderson VM, Denne LB, Clune J et coll. Cognitive and physical rehabilitation of intensive care unit survivors: results of the RETURN randomized controlled pilot investigation. *Crit Care Med* 2012;40(4):1088-97.
8. Chao PW, Shih CJ, Lee YJ, Tseng CM, Kuo SC, Shih YN et coll. Association of postdischarge rehabilitation with mortality in intensive care unit survivors of sepsis. *Am J Respir Crit Care Med* 2014;190(9):1003-11.
9. Sleepwell [site web]. Sleepwell; 2020. Accessible à : <https://mysleepwell.ca/>. Réf. du 30 mai 2023.
10. Chun S, Lee EK. Approach to insomnia in the elderly: practice considerations in primary care for complex patients. *Can Geriatr Soc J CME* 2019;9(2).
11. Chun S, Lee EK. Insomnia in the elderly: update on assessment and management. *Can Geriatr Soc J CME* 2016;6(1).
12. Check for safety: a home fall prevention checklist for older adults. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 2017. Accessible à : <https://www.cdc.gov/steadi/pdf/STeADI-Brochure-CheckForSafety-508.pdf>. Réf. du 1^{er} juin 2023.
13. Mikkelsen ME, Jackson JC, Hopkins RO, Thompson C, Andrews A, Netzer G et coll. Peer support as a novel strategy to mitigate post-intensive care syndrome. *AACN Adv Crit Care* 2016;27(2):221-9.
14. Patient and family resources. Mount Prospect, IL: Society of Critical Care Medicine. Accessible à : <https://www.sccm.org/MyICUCare/THRIVE/Patient-and-Family-Resources>. Réf. du 1^{er} juin 2023.
15. Fernando SM, Qureshi D, Sood MM, Pugliese M, Talarico R, Myran DT et coll. Suicide and self-harm in adult survivors of critical illness: population based cohort study. *BMJ* 2021;373:n973.
16. Cicerone KD, Dahlberg C, Kalmar K, Langenbahn DM, Malec JF, Bergquist TF et coll. Evidence-based cognitive rehabilitation: recommendations for clinical practice. *Arch Phys Med Rehabil* 2000;81(12):1596-615.
17. Molnar FJ, Benjamin S, Hawkins SA, Briscoe M, Ehsan S. One size does not fit all: choosing practical cognitive screening tools for your practice. *J Am Geriatr Soc* 2020;68(10):2207-13. Publ. en ligne du 28 juill. 2020.
18. Cole MG, Ciampi A, Belzile E, Zhong L. Persistent delirium in older hospital patients: a systematic review of frequency and prognosis. *Age Ageing* 2009;38(1):19-26. Publ. en ligne du 18 nov. 2008.
19. Iacono D, Markesbery WR, Gross M, Pletnikova O, Rudow G, Zandi P et coll. The Nun Study: clinically silent AD, neuronal hypertrophy, and linguistic skills in early life. *Neurology* 2009;73(9):665-73. Publ. en ligne du 8 juill. 2009.

Cet article donne droit à des crédits d'autoapprentissage certifiés Mainpro+. Pour obtenir des crédits, allez à <https://www.cfp.ca> et cliquez sur le lien vers Mainpro+.

Can Fam Physician 2023;69:e145-8. DOI: 10.46747/cfp.6907e145

The English version of this article is available at <https://www.cfp.ca> on the table of contents for the July 2023 issue on page 469.



Les Perles gériatriques sont produites de concert avec le *Canadian Geriatrics Society Journal of CME*, une revue révisée par des pairs publiée par la Société canadienne de gériatrie (<http://www.geriatricsjournal.ca>). Les articles font la synthèse des données probantes tirées des articles publiés dans la revue *Canadian Geriatrics Society Journal of CME* et présentent des approches pratiques à l'intention des médecins de famille qui soignent des patients âgés.