

15 - 16 - 17 décembre 2022

Hôtel Mercure, Alger



**SOCIETE ALGERIENNE D'ANESTHESIE, DE REANIMATION,
DES SOINS INTENSIFS ET DES URGENCES**

Facteurs de risque de mortalité chez le sujet âgé polytraumatisé

D. BOUGDAL (1) ; S. SADAT(2); D. ZEGHDOUD(2); M. TERNICHE(1)

(1) C.H.U MUSTAPHA

(2) E.H.S URGENCES MED/CHIR.ZMIRLI

- Avec le vieillissement de la population, la traumatologie des patients âgés est un sujet de santé publique de préoccupation croissante.
- Le traumatisme grave est une cause majeure de mortalité chez les personnes âgées (PA).
- *Les facteurs responsables de l'augmentation de la mortalité chez les PA ne sont pas clairement définis.

**Le Médecin du Québec, volume 44, numéro 1, janvier 2009*

OBJECTIF:

Déterminer les facteurs pronostics des patients de plus de 65 ans hospitalisés en USI pour un traumatisme grave.

MATERIELS ET METHODES

Etude rétrospective, mono centrique de janvier 2015 à juin 2017.

Patients de plus de 65ans.

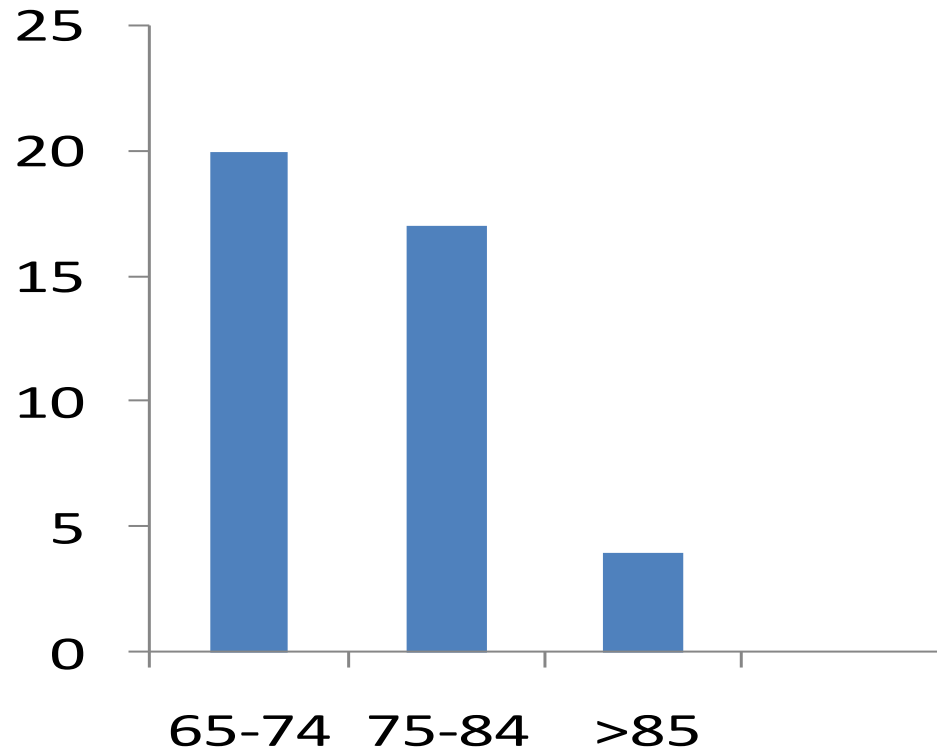
Les données:

âge, sexe, ATCD médicaux, score de gravité (IGSII, score de Glasgow, l'ISS), le mécanisme lésionnel, la prise en charge médicale et chirurgicale et le devenir de ces patients avec analyse statistique des facteurs liés à la mortalité. ($p < 0,05$).

RESULTATS I

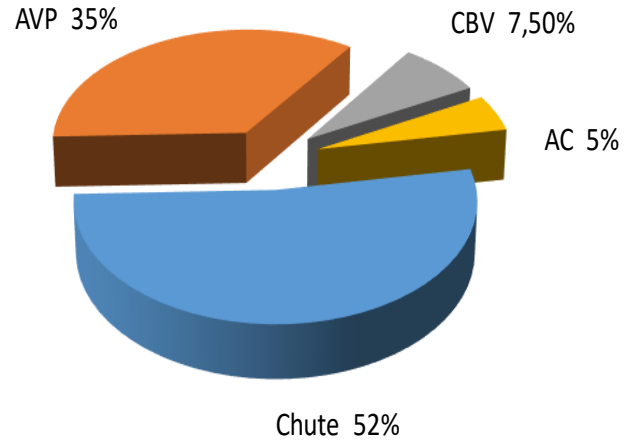
caractéristiques de la population étudiée

80 patients
Age moyen = 75ans
Sexe ratio = 64H/16F



Médiane Glasgow	9 [6-13]
Médiane ISS	25 [16-29]
Médiane IGS II	40 [30-47]

RESULTATS II

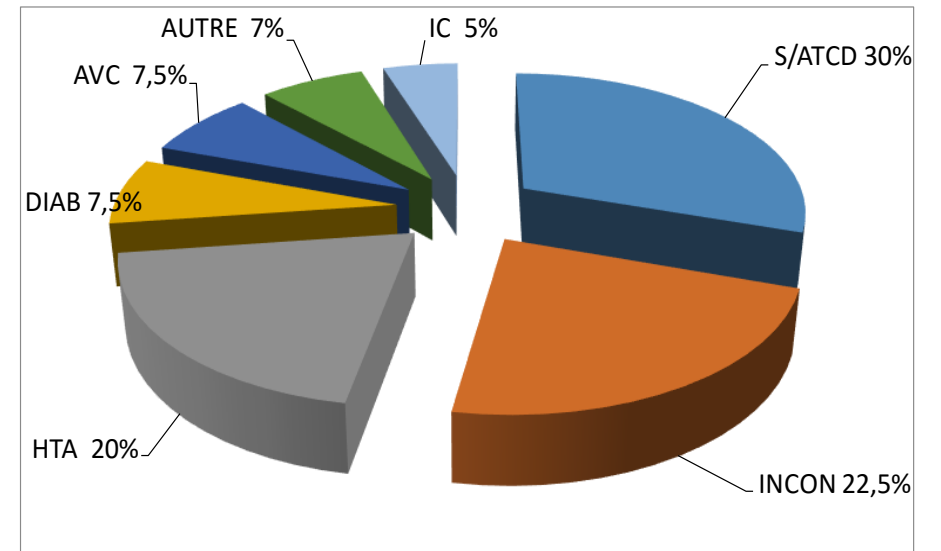


mécanisme lésionnel

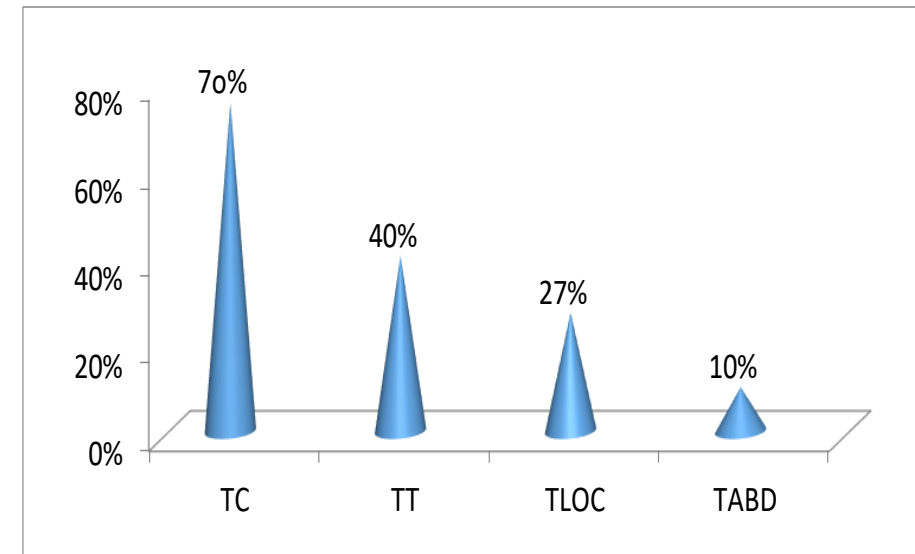
→ Traumatisme isolé = 38% des cas

Lésions retrouvées

→ Traumatisme associé = 62% des cas



ATCDs médicaux



RESULTATS III

Evolution

- 27,5% des patients ont subit un acte chirurgical urgents
- 65% ont été ventilés à la phase aigu du traumatisme,
- Durée d'hospitalisation moyenne de 4,9j (1-32j).
- 75% sont décédés → les causes de décès :
 1. TCG (HTIC+++)
 2. Choc hémorragique
 3. Infection
 4. SDMV

RESULTATS IV

facteurs de mortalité

Décès en réa	Oui: n = 60 (75%)	Non: n = 20 (25%)	P
Age (en année)	74,9	74,7	NS
Glasgow	8 [6-13]	12 [9-15]	0,0005
ISS	25 [20-29]	20 [16-25]	0,025
IGSII	43 [38-49]	30 [25-34]	NS
sexe	46 [86%]	16 [80%]	NS

RESULTAT V

facteurs associes à la mortalité

Relation DV a l'arrivée et mortalité

Décès en réa	Oui N=60	Non N=20	P
D.HD	16 (26,6%)	2 (3,3%)	0,006
D.R	4 (6,66%)	8 (13,3%)	NS
D.N	26 (43,3%)	8 (13%)	<0,05
DN+ DH	14 (13%)	0	<0,05

Relation type de lésion et mortalité

Décès en réa	Oui N=60	Non N=20	P
TC	18 (30%)	6 (10%)	<0,05
TT	6 (10%)	0	<0,05
TC +autres	28 (46,6%)	14 (23,3%)	<0,05
Sans TC	8 (13,3%)	0	<0,05

COMMENTAIRES I

- Etude rétrospective, faible échantillon,
- Les résultats sont limités.
- la mortalité en réanimation liée au polytraumatisés chez les patients de plus de 65ans est de 75% soit près du double dans la population générale*, (dans notre série 75%).
- Le traumatisme cérébral est à lui seul un facteur de mauvais pronostic.
Le taux de mortalité est deux fois plus élevé chez les PA que chez les plus jeunes lors d'un traumatisme crânien grave.*

COMMENTAIRES II

- L'ISS (injury severity score) publié par Better, fourni une bonne corrélation entre la gravité du traumatisme et la possibilité de survie, Ainsi la gravité des lésions retrouvées est liée à une mortalité élevée*.
- dans notre étude les patients qui ont survécus au traumatisme ont un $ISS \leq 16$ alors qu'un score $ISS \geq 25$ est associé à une augmentation de la mortalité.
- Dans notre série la présence d'une détresse hémodynamique est un facteur très péjorative ($p < 0,006$)
- l'hypotension (hypo perfusion) est mal toléré chez les PA et la restauration d'une perfusion doit être un objectif thérapeutique prioritaire.

* Richmond TS, Kauder D, Strumpf N, et al. Characteristics and outcomes of serious traumatic injury in older adults. *J Am Geriatr Soc* 2013

**Scalea TM, Simon HM, Duncan AO, et al. Geriatric blunt multiple trauma: improved survival with early invasive monitoring. *J Trauma* 2009

COMMENTAIRES III

- les critères d'admission en réanimation doivent tenir compte de la gravité des patients, et également de l'état fonctionnel avant l'admission, ce dernier critère n'est pas ressorti dans notre étude par manque de données, doit être recherché car significativement corrélé avec mortalité*.
- A ce stade l'orientation vers des mesures de soins palliatifs peut être évoquée, dans le cas contraire une réanimation spécifique et agressive doit être poursuivie.

**Holzapfel L. Critères d'admission en réanimation d'une personne âgée. In : SFMU et SAMU de France. Urgences 2002. Paris : Arnette ; 2002. p. 315-22.*

CONCLUSION I

- Malgré une prise en charge spécialisée, la mortalité chez les sujets âgés de plus de 65ans est élevée. Les causes de cette mortalité restent mal connues.
- Dans notre étude l'association statistiquement significative: d'un score de Glasgow < 8 , d'un ISS > 25 ou d'une détresse hémodynamique et mortalité suggère l'intérêt de rechercher une telle association afin d'instaurer une réanimation d'emblé agressive.

CONCLUSION II

- des PA vont être de plus en plus pris en charge pour poly traumatisme.
- L'âge ne doit pas être un motif pour diminuer l'intensité de prise en charge, au contraire et compte tenue des modifications physiologiques, il faut probablement se fixer des objectifs thérapeutiques afin de les atteindre rapidement.

