

Texte court du jury
**Sédation et analgésie en réanimation
(nouveau-né exclu)[☆]**

Cette conférence a pour mission de déterminer la place et les modalités de la sédation et de l'analgésie en réanimation à l'exclusion du nouveau-né. L'analgésie postopératoire est également exclue de cette conférence.

Le système choisi de cotation des recommandations est le système GRADE (BMJ 2004 ; 328 : 1490-8). Les niveaux de preuves sont pondérés par la balance bénéfices/risques. Les recommandations sont intégrées au texte de la façon suivante : « il faut faire, il ne faut pas faire ; il faut probablement faire, il ne faut probablement pas faire ». Les particularités pédiatriques apparaissent en italique.

Question 1 : Définitions et buts de la sédation et de l'analgésie (tableau 1)

1.1. Définitions

La sédation en réanimation regroupe l'ensemble des moyens, pharmacologiques ou non, mis en œuvre pour assurer le confort et la sécurité de la prise en charge du patient dans un milieu source d'agressions physiques et/ou psychologiques. On différencie la sédation-analgésie de confort et la sédation-analgésie thérapeutique. Les objectifs de la sédation-analgésie « de confort » sont de soulager en priorité la douleur et d'améliorer

la tolérance à l'environnement. La sédation-analgésie « thérapeutique », plus profonde, est un élément à part entière du traitement dans certaines circonstances pathologiques.

1.2. Les buts

Les buts d'une sédation-analgésie varient en fonction du contexte de mise en œuvre mais sont centrés sur le confort du patient et son adaptation au ventilateur. Dans tous les cas, la sédation-analgésie ne s'envisage que dans le cadre d'une balance bénéfices-risques, évaluant les besoins et s'adaptant au plus près des situations cliniques. Il faut éviter une sédation-analgésie insuffisante ou excessive. Les buts communs de la sédation-analgésie sont identiques chez l'enfant et l'adulte.

Question 2 : Quels sont les moyens thérapeutiques pour la sédation et l'analgésie ?

2.1. Moyens non médicamenteux

Il faut promouvoir les moyens non médicamenteux. L'organisation du service doit prendre en compte l'environnement thermique, lumineux et sonore et le sommeil. Il faut limiter la douleur induite par les soins.

Tableau 1
Définitions et buts de la sédation et de l'analgésie

| Buts communs | But spécifiques |
|---|--|
| Assurer le confort | Patients cérébrólésés : évaluation neurologique et/ou contrôle de la pression intracrânienne (PIC) |
| Assurer la sécurité et faciliter les soins et l'adaptation au ventilateur | Patients en insuffisance respiratoire aiguë et syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) : amélioration des échanges gazeux |
| | Fin de vie : soins palliatifs |
| | Enfants : limiter les répercussions sur le comportement face à la douleur |

[☆] Conférence de consensus Sfar-SRLF. Sédation et analgésie en réanimation (nouveau-né exclu). Paris, 15 novembre 2007.

En pédiatrie, il faut encourager les programmes d'éducation et d'assistance parentale.

2.2. Moyens médicamenteux

Chez les patients dont l'hémodynamique est instable, il faut toujours diminuer les doses et il ne faut pas utiliser le nesdonal ou le propofol.

Chez l'enfant, l'hémodynamique doit être restaurée avant l'initiation de la sédation-analgésie.

Recommandations pour les hypnotiques (Tableau 2)

Le choix du propofol ou du midazolam n'a pas de pertinence clinique sur la durée de la ventilation mécanique.

Si le propofol est utilisé, il faut limiter l'administration à une durée inférieure à 48 heures et à des doses inférieures à 5 mg/kg par heure et dépister la survenue du « propofol infusion syndrome » (PRIS) qui engage le pronostic vital.

Le propofol est contre-indiqué en sédation continue chez l'enfant de moins de 15 ans.

Pour le midazolam, si un effet plateau est constaté, il ne faut pas poursuivre l'augmentation des doses.

L'étomidate ne doit pas être utilisé pour la sédation-analgésie en réanimation.

Le nesdonal ne doit être utilisé qu'en cas d'hypertension intracrânienne (HTIC) ou d'état de mal épileptique, après échec du traitement initial.

Il faut probablement utiliser un neuroleptique dans les états confuso-déirants, l'agitation, les orages neurovégétatifs et les syndromes de sevrage.

Il faut probablement utiliser la clonidine lors du sevrage et des orages neurovégétatifs.

2.3. Les analgésiques

Recommandation pour les morphiniques (Tableau 3)

En administration continue, il faut utiliser la morphine, le fentanyl ou le sufentanil. Si l'on utilise le rémifentanil, il faut évaluer son rapport bénéfice/risque et respecter scrupuleusement les recommandations d'administration.

Pour des gestes douloureux, il faut administrer un bolus du morphinique en cours en tenant compte de son délai d'action. Il ne faut pas faire de bolus de rémifentanil.

Les différentes modalités d'administration des morphiniques, analgésie contrôlée par le patient (PCA), patch ou voie sublinguale doivent être évaluées en réanimation.

Autres moyens

La place de l'analgésie multimodale doit être précisée en réanimation.

Il ne faut pas utiliser les anti-inflammatoires non stéroïdiens dans cette indication en réanimation.

La kétamine ne doit pas être utilisée seule comme hypnotique. Il faut probablement l'utiliser en réanimation pour ses propriétés antihyperalgésiques, son respect de la motricité intestinale et de l'hémodynamique.

L'analgésie locorégionale (ALR) ne s'envisage qu'en post-opératoire ou en traumatologie (analgésie notamment thoracique).

Il faut utiliser l'Emla lors de toute effraction cutanée chez l'enfant.

Le protoxyde d'azote peut être utilisé pour la sédation-analgésie au cours des soins douloureux.

Recommandations pour les curares

Il ne faut pas administrer les curares stéroïdiens en continu.

En perfusion continue, il faut probablement utiliser le cisatracurium.

Tableau 2
Agents de la sédation

| Médicament | Dose de charge | Dose d'entretien | Seuil convulsivant | Accumulation | Effets secondaires |
|------------|--|---|--------------------|--------------|---|
| Propofol | A : 0,1 - 3 mg kg ⁻¹ E : 0,1 - 5 mg kg ⁻¹ | A : < 5 mg kg ⁻¹ h ⁻¹ E : C.I. | Augmenté | + | Hypotension Hypertriglycéridémie PRIS |
| Midazolam | A : 0,05 - 0,2 mg kg ⁻¹ E : 0,02 - 0,1 mg kg ⁻¹ | 0,10 - 0,15 mg kg ⁻¹ h ⁻¹ E : 0,02 - 0,4 mg kg ⁻¹ h ⁻¹ | Augmenté | +++ | Hypotension Accumulation Effet plateau |
| Étomidate | A : 0,2 - 0,4 mg kg ⁻¹ E : C.I. | C.I. | Discuté | N.A. | Dépression surrénalienne |
| Kétamine | A : 0,5 - 2 mg kg ⁻¹ E : 0,5 - 2 mg kg ⁻¹ | 0,12 - 3 mg kg ⁻¹ h ⁻¹ E : 0,12 - 2 mg kg ⁻¹ h ⁻¹ | Discuté | ++ | Dissociatifs à fortes doses Hypersécrétion |
| Nesdonal | 3 à 5 mg kg ⁻¹ | Variable selon associations | Augmenté | +++ | Hypotension Accumulation Dépression immunitaire |
| Clonidine | A : 0,5 - 3 µg kg ⁻¹ E : 1 µg kg ⁻¹ | E : 0,2 - 2 µg kg ⁻¹ h ⁻¹ | Inchangé | ++ | Hypotension Bradycardie |

A : adultes, C.I. : contre-indiqué, E : enfants, N.A. : non applicable, PRIS : propofol infusion syndrome.

Tableau 3
Les morphiniques

| | Dose de charge | Entretien | Accumulation |
|--------------|---|--|--------------|
| Morphine | A : 0,1 mg kg ⁻¹ E : 0,05 - 0,2 mg kg ⁻¹ | A : 0,01 - 0,05 mg kg ⁻¹ h ⁻¹ E : <i>idem</i> | ++ |
| Fentanyl | A : 2 - 3 µg kg ⁻¹ E : 1-2 µg kg ⁻¹ | A : 0,6 - 2 µg kg ⁻¹ h ⁻¹ E : 1 - 5 µg kg ⁻¹ h ⁻¹ | +++ |
| Sufentanil | A : 0,1 - 0,2 µg kg ⁻¹ E : <i>idem</i> | A : 0,1 - 0,5 µg kg ⁻¹ h ⁻¹ E : <i>idem</i> | ++ |
| Alfentanil | A : 10 - 25 µg kg ⁻¹ E : <i>idem</i> | Peu utilisé | ++ |
| Rémifentanil | A : pas de bolus E : pas de bolus | A : 0,05 - 0,25 µg kg ⁻¹ h ⁻¹ E : <i>idem</i> | |

A : adultes, E : enfants.

Question 3 : Quels sont les outils d'évaluation ? Quel est l'impact de l'évaluation ?

Il faut évaluer la sédation-analgésie du patient en réanimation.

Il faut définir les besoins en analgésiques et sédatifs, s'assurer de l'adéquation entre la réponse au traitement instauré et les besoins prédéfinis et réévaluer régulièrement les besoins.

L'évaluation couvre l'analgésie, la conscience, le confort, l'anxiété, l'agitation et l'adaptation du patient au ventilateur. Il faut au moins évaluer l'analgésie et la conscience.

Les outils doivent être simples. Il faut assurer la traçabilité de l'évaluation.

Il faut élaborer une procédure d'évaluation de la sédation-analgésie en concertation multiprofessionnelle.

Cette évaluation doit être réalisée à intervalles réguliers, après toute modification du traitement et lors des stimulations douloureuses.

Pour l'évaluation de la douleur, il faut utiliser :

- chez le patient vigile et coopérant et l'enfant de plus de 5 - 6 ans : l'EVA (échelle visuelle analogique)
- chez le patient inconscient ou incapable de communiquer : l'échelle BPS (behavioral pain scale) ou l'échelle ATICE, chez l'enfant l'échelle COMFORT B.

Pour l'évaluation de la conscience, il faut utiliser une des échelles suivantes : échelle de Ramsay, RASS ou ATICE, et chez l'enfant COMFORT B.

Il est proposé d'évaluer la profondeur de la sédation par l'analyse de l'index bispectral quand les échelles ne peuvent plus détecter une sédation inadaptée : curarisation, coma barbiturique.

Si une curarisation est utilisée, il faut surveiller régulièrement sa profondeur par la réponse au train de quatre du muscle sourcilier, à l'état stable et après toute modification de dose.

L'objectif est de deux réponses au train de quatre. Il faut évaluer la profondeur de la sédation-analgésie pendant toute la durée de la curarisation au cours d'une fenêtre quotidienne de décurarisation. Si c'est impossible, il est proposé d'utiliser l'analyse de l'index bispectral.

Il faut rechercher les facteurs de risque de syndrome de sevrage.

Il faut dépister la survenue d'un état confuso-déirant.

Il faut probablement recueillir l'avis du patient au décours du séjour en réanimation et dépister le syndrome de stress post-traumatique.

Question 4 : Quand et comment arrêter une sédation-analgésie ?

4.1 Quand ?

Il faut que les objectifs de sédation-analgésie soient constamment adaptés à l'évolution de la pathologie causale. Lorsque la situation est contrôlée, voire résolue, il faut systématiquement envisager l'allègement progressif puis l'arrêt de la sédation-analgésie.

4.2 Comment ?

Les modalités d'arrêt de la sédation-analgésie ont pour objectifs d'assurer un réveil calme, confortable, sans rebond douloureux et d'éviter la survenue d'un syndrome de sevrage.

Il faut une surveillance accrue lors de la décroissance de la sédation-analgésie avec prise en compte des caractéristiques pharmacocinétiques des médicaments utilisés.

Il faut probablement diminuer de façon progressive les posologies des morphiniques et des hypnotiques, plutôt que de les arrêter brutalement.

Il faut que la curarisation soit la plus courte possible et que son arrêt soit envisagé dès son instauration.

Il faut que le syndrome de sevrage soit prévenu, diagnostiqué et traité. L'identification des situations à risque, l'ajustement continu des agents thérapeutiques aux besoins du patient et leur diminution progressive constituent les éléments essentiels de sa prévention. Il doit être différencié de toute cause organique classique d'agitation aiguë. Son traitement fait appel à la réintroduction de la molécule estimée responsable ainsi qu'aux neuroleptiques et/ou aux alpha-agonistes.

Chez l'enfant, il faut rechercher des signes de syndrome de sevrage. La substitution par méthadone est probablement une alternative à la réintroduction du morphinique dans le cadre de la prise en charge du syndrome de sevrage.

Question 5 : Conduite pratique de la sédation-analgésie

Il faut une procédure écrite prévoyant l'évaluation et l'adaptation des doses de sédation-analgésie.

Il faut définir pour chaque patient les objectifs de sédation-analgésie.

L'algorithme suivant est proposé.

