



PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR EN RÉANIMATION *

COMITÉ SCIENTIFIQUE :

Frédéric Aubrun - Agnès Bellanger - Dominique Fletcher - Valérie Gaudé - Valéria Martinez

* Sous la responsabilité des rédacteurs

GÉNÉRALITÉS

- Distinguer sédation et analgésie : utiliser des outils d'évaluation et des moyens thérapeutiques différents entre ces deux entités
- Objectif de l'analgésie en réanimation : lutter contre la douleur de fond et la douleur liée aux soins. Les sources de douleur en réanimation sont nombreuses (soins, état du patient). Le rôle protecteur de la sédation pharmacologique dans la survenue des séquelles neuropsychiques n'est pas prouvé
- Des échelles cliniques appropriées évaluent la sédation et la douleur en réanimation. Il faut les utiliser régulièrement afin d'ajuster les objectifs de traitement
- En cas d'inconfort ou d'agitation du patient, une insuffisance d'analgésie doit être recherchée et corrigée en priorité
- L'évaluation et la prescription d'analgésiques au moment des soins douloureux est actuellement insuffisante
- Une administration systématique et excessive d'agents sédatifs prolonge la durée de ventilation et de séjour en réanimation
- L'utilisation de protocoles écrits pour la gestion quotidienne de la sédation et de l'analgésie en réanimation peut réduire la durée de ventilation et de séjour en réanimation
- Pour obtenir l'adhésion et le respect de protocoles écrits, il est indispensable d'impliquer le personnel soignant à la prise en charge de la douleur et de la sédation en réanimation

- Selon les résultats d'une enquête nationale (Dolorea) sur les pratiques médicales en réanimation (44 centres, 1 400 patients), les efforts doivent porter sur l'évaluation de la douleur et de la sédation et sur l'analgésie au moment des soins douloureux

ÉVALUATION DE LA DOULEUR CHEZ LE PATIENT COMMUNIQUANT

ÉCHELLES UNIDIMENSIONNELLES

ÉCHELLES	DESCRIPTIF	INTÉRÊT	LIMITES
ÉCHELLE NUMÉRIQUE (EN)	0 : Douleur absente 10 : La pire douleur imaginable	Simple, rapide Souvent préférée par le sujet âgé et le personnel soignant	Légère surestimation des valeurs de l'EVA
ÉCHELLE VISUELLE ANALOGIQUE (EVA)	0-30 mm : Douleur faible 30 -70 mm : Douleur modérée > 70 mm : Douleur forte à insupportable Possibilité d'échelle EVA de grande taille validée en réanimation	Échelle de référence Adaptée dès l'âge de 5 ans Simple Grand nombre de réponses possibles Mesure de l'intensité douloureuse et de l'efficacité thérapeutique	7 à 11 % d'incompréhension ou d'impossibilité d'utilisation principalement chez : • sujet à faible capacité d'abstraction • communiquant difficilement • sujet malvoyant ou ne pouvant saisir le curseur • sujet très âgé ou enfant en bas âge
ÉCHELLE VERBALE SIMPLE (EVS)	0 : Douleur absente 1 : Douleur faible 2 : Douleur modérée 3 : Douleur intense 4 : Douleur extrême	Simple Réservée aux patients à faible capacité d'abstraction	Peu sensible et peu adaptée à détecter les variations sous traitement Problème d'interprétation des mots par les patients Légère surestimation des valeurs de l'EVA Absence de linéarité entre les différents qualificatifs

ÉVALUATION DE LA DOULEUR CHEZ LE PATIENT NON COMMUNIQUE

Échelle pédiatrique de Comfort
Échelle comportementale de douleur (BPS: Behavioral Pain Scale)

CRITÈRES	DESCRIPTIF	SCORE
EXPRESSION DU VISAGE	• Détendu	1
	• Plissement du front	2
	• Fermeture des yeux	3
	• Grimace	4
TONUS DES MEMBRES SUPÉRIEURS	• Aucun	1
	• Flexion partielle	2
	• Flexion complète	3
	• Rétraction	4
ADAPTATION AU RESPIRATEUR	• Adapté	1
	• Lutte ponctuellement	2
	• Lutte contre ventilateur	3
	• Non ventilable	4

EN PRATIQUE

- Choisir une échelle de douleur adaptée à l'état de vigilance du patient, facile d'emploi, validée, connue de l'équipe soignante
- Évaluer la douleur 4 à 6 fois par jour, avant et pendant les soins douloureux (aspiration trachéale, mobilisation pour change, pose de cathéters artériels, pose ou ablation de drains thoraciques)
- Inscrire le résultat de l'évaluation sur la fiche de surveillance
- Objectifs d'analgésie :
 - EVA (ou EN) entre 0 et 30 mm
 - EVS à 0 ou 1
 - BPS au moment d'un soin douloureux à 3 ou 4

ÉCHELLES DE SÉDATION

ÉCHELLES	DESCRIPTIF	INTÉRÊT	LIMITES
SCORE DE RAMSAY	R1 : Patient anxieux, agité	Scientifique	Complexité
	R2 : Patient coopérant, orienté, tranquille		
	R3 : Réponse seulement à la commande		
	R4 : Vive réponse à la stimulation de la glabelle		
	R5 : Faible réponse à la stimulation de la glabelle		
	R6 : Aucune réponse à la stimulation de la glabelle		
	R2-R3 : Sédation optimale, légère		
	R4-R5 : Sédation profonde		
	R6 : Surdosage		

ÉCHELLES DE SÉDATION

ÉCHELLES

ÉCHELLE DE RIKER SÉDATION-AGITATION

ÉCHELLES	DESCRIPTIF	SCORE
Agitation dangereuse	Tentatives d'auto-extubation, ablation cathéter, sort du lit	7
Très agité	Nécessite contention, mord la sonde d'intubation	6
Agité	Anxieux, essaye de s'asseoir, se calme à la parole	5
Calme et coopérant	Répond à la commande	4
Sédaté	Éveil à la parole, répond aux ordres simples	3
Très sédaté	Éveil au toucher, ne communique pas	2
Non réveillable	Pas de réponse à la douleur	1

ÉCHELLE DE RICHMOND

Combatif	Combatif, danger immédiat envers l'équipe	+ 4
Très agité	Tire, arrache tuyaux ou cathéters, agressif envers l'équipe	+ 3
Agité	Mouvements fréquents sans but précis, désadaptation du respirateur	+ 2
Ne tient pas en place	Anxieux ou craintif, mais mouvements non agressifs	+ 1
Eveillé et calme		0
Somnolent	Pas complètement éveillé, mais reste éveillé avec contact visuel à l'appel (> 10 s)	- 1
Diminution légère de la vigilance	Reste éveillé brièvement avec contact visuel à l'appel (<10s)	-2
Diminution modérée de la vigilance	N'importe quel mouvement à l'appel, mais pas de contact visuel	-3
Diminution profonde de la vigilance	Aucun mouvement à l'appel, mais mouvement au stimulus tactile non douloureux	-4
Non réveillable	Aucun mouvement quel que soit le stimulus	-5

Échelle ATICE : combine l'évaluation de la tolérance du patient à son environnement (ou degré d'analgésie) et son degré de vigilance

EN PRATIQUE

- Choisir une échelle de sédation : facile d'emploi, validée, connue de l'équipe soignante
- Évaluer le niveau de sédation (vigilance) 2 à 4 fois par jour
- Inscrire le résultat de l'évaluation sur la fiche de surveillance
- Objectifs de sédation (sauf pour le patient ayant une hypertension intracrânienne) :
 - Score de Ramsay 2-3
 - Score de Riker 3-4
 - Score de Richmond -1, +1

PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE

Les agents sédatifs et les agents analgésiques doivent être administrés séparément
La pharmacologie classique ne s'applique pas en réanimation. La notion de demi-vie contextuelle, déterminée en anesthésie, n'est pas validée en réanimation

LES CLASSES PHARMACOTHÉRAPEUTIQUES

ANALGÉSQUES OPIOÏDES

- Les agents morphiniques utilisables pour l'analgésie de fond sont le sufentanil, le fentanyl, la morphine et le rémifentanyl, par voie intraveineuse continue ou discontinue (morphine)
- Privilégier l'adaptation permanente de l'analgésie aux besoins du patient
Le rémifentanyl est utile pour l'évaluation neurologique après agression cérébrale
- Au cours des soins douloureux (aspiration trachéale, mobilisation pour change, pose de cathéters artériels, pose ou ablation de drains thoraciques), évaluer et traiter la douleur avec alfentanil, rémifentanyl et morphine par bolus intraveineux. L'élaboration d'algorithmes pour titrer l'analgésie au cours des soins douloureux est utile pour l'équipe soignante. Voir Protocole alfentanil

ANALGÉSQUES NON OPIOÏDES

- Le paracétamol et le nefopam sont des analgésiques largement utilisables en réanimation, en raison de leurs effets indésirables réduits. Leur effet d'épargne morphinique, démontré en postopératoire, est possible pour les patients de réanimation
- La place des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), des agonistes alpha 2 centraux et de l'analgésie loco-régionale est réduite en réanimation, principalement en raison d'une balance bénéfice/risque peu favorable à leur emploi : troubles de l'hémostase (AINS), effets hémodynamiques (alpha 2 centraux), risque infectieux (blocs centraux). Cependant, les techniques d'infiltration continue des parois (thorax, abdomen) avec les anesthésiques locaux mériteraient d'être évaluées ici
- La kétamine à faibles posologies (2-4 µg/kg/min) possède un effet anti-hyperalgésique bien démontré en postopératoire. Son utilisation en réanimation est possible, en raison de l'absence d'effets systémiques et neurologiques centraux à ces posologies
Un effet d'épargne morphinique a été mis en évidence dans une des rares études de réanimation

AGENTS SÉDATIFS

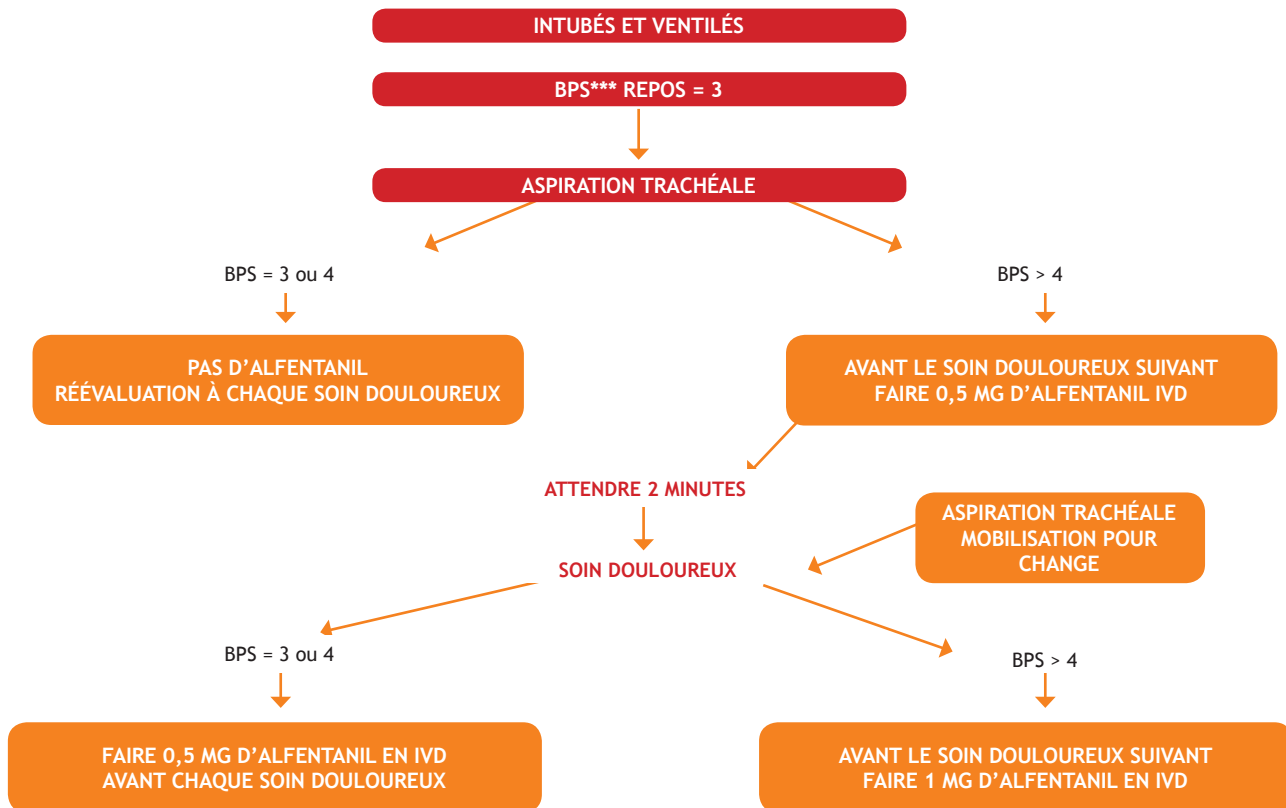
- Les médicaments utilisables pour la sédation sont le midazolam et le propofol par voie intraveineuse continue. Propofol utile pour des durées prévisibles courtes de sédation (≤ 36 heures)
- Dexmedetomidine en alternative au propofol et midazolam
- Privilégier en permanence l'adaptation de la sédation aux besoins du patient

GESTION DE L'ARRÊT DE LA SÉDATION ANALGÉSIE

Il n'y a pas de règles établies concernant les méthodes d'arrêt de la sédation-analgésie continue. Il s'agit cependant d'une période inconfortable pour le patient, puisque sevré d'une administration continue de morphiniques, tout en restant exposé aux soins douloureux (aspiration trachéale). Des syndromes de sevrage aux morphiniques et/ou aux benzodiazépines sont possibles, surtout en cas d'administration prolongée de fortes doses de ces produits. Le patient présente alors un état d'agitation extrême, dangereux pour lui (auto-extubation) et pour le personnel soignant. Face à un état d'agitation, la démarche vise d'abord à traiter la douleur et à rechercher les causes médicales d'agitation (infection profonde, trouble métabolique, lésion cérébrale...) avant d'employer un traitement spécifique. Celui-ci peut comporter un relais par propofol ou par benzodiazépine à courte durée d'action, la réintroduction de l'agent incriminé avec diminution très progressive des doses, l'administration de neuroleptiques à dose titrée, ou surtout l'administration de dexmedetomidine dont la balance bénéfice/risque semble très favorable dans cette application

PROTOCOLE ALFENTANIL

AUX SOINS DOULOUREUX À L'URC**
POUR LES PATIENTS INTUBÉS ET VENTILÉS



** URC : Unité de réanimation chirurgicale
*** BPS : Behavioral Pain Scale

Références essentielles :

- Chanques G, Viel E, Constantin JM, Jung B, de Lattre S, Carr J, Cissé M, Lefrant JY, Jaber S. The measurement of pain in intensive care unit: comparison of 5 self-report intensity scales. *Pain*. 2010; 151: 711-21.
- De Jonghe B, Cook D, Griffith L, et al. Adaptation to the Intensive Care Environment (ATICE): development and validation of a new sedation assessment instrument. *Crit. Care. Med*. 2003; 31: 2344-54.
- Hall JB. *Crit Care Med* creating the animated intensive care unit, 2010 vol 10 suppl. S668-75.
- Jacobi J, Fraser GL, Coursin DB, et al. Clinical practice guidelines for the sustained use of sedatives and analgesics in the critically ill adult. *Crit. Care. Med*. 2002; 30: 119-41.
- Kress JP, Pohlman AS, O'Connor MF, Hall JB. Daily interruption of sedative infusions in critically ill patients undergoing mechanical ventilation. *N. Engl. J. Med*. 2000; 342: 1471-7.
- Payen JF, Bru O, Bosson JL, et al. Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. *Crit. Care. Med*. 2001; 29: 2258-63.
- Payen JF, Chanques G, Mantz J, Hercule C, Auriat I, Leguillou JL, Binhas M, Genty C, Rolland C, Bosson JL. Current practices in sedation and analgesia for mechanically ventilated critically ill patients: a prospective multicenter patient-based study. *Anesthesiology*. 2007; 106: 687-95.
- Reade MC, Finfer S. Sedation and delirium in the intensive care unit. *N Engl JMed*. 2014; 370: 444-54.
- Schweickert WD, Pohlman MC, Pohlman AS, Nigos C, Pawlik AJ, Esbrook CL, Spears L, Miller M, Franczyk M, Deprizio D, Schmidt GA, Bowman A, Barr R, McCallister KE, Hall JB, Kress JP. Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2009; 373: 1874-82.
- Thuong M. Sedation and analgesia assessment tools in ICU patients. *Ann Fr Anesth Reanim*. 2008; 27: 581-95.