



DATE DE DIFFUSION :

PROCÉDURES POUR
LA PRISE EN CHARGE
DE LA DOULEUR
POSTOPÉRAtoire

Références bibliographiques

1. 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.
2. Jones C, Griffiths RD, Humphris G, Skirrow PM. Memory, delusions, and the development of acute posttraumatic stress disorder-related symptoms after intensive care. Crit. Care. Med. 2001 ; 29 : 573-80.
3. De Jonghe B, Cook D, Appere-De-Vecchi C, et al. Using and understanding sedation scoring systems: a systematic review. Intensive Care. Med. 2000 ; 26 : 275-85.
4. Hamill-Ruth RJ, Marohn ML. Evaluation of pain in the critically ill patient. Crit. Care. Clin. 1999 ; 15 : 35-54.
5. Puntillo KA, Wild LR, Morris AB, et al. Practices and predictors of analgesic interventions for adults undergoing painful procedures. Am. J. Crit. Care. 2002 ; 11 : 415-29.
6. 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.
7. Park G, Coursin D, Ely EW, et al. Balancing sedation and analgesia in the critically ill. Crit Care Clin 2001 ; 17 : 1015-27.
8. Brook AD, Ahrens TS, Schaiff R, et al. Effect of a nursing-implemented sedation protocol on the duration of mechanical ventilation. Crit. Care. Med. 1999 ; 27 : 2609-15.
9. De Jonghe B, Bastuji-Garin S, Fangio P, et al. Sedation algorithm in critically ill patients without acute brain injury. Crit. Care. Med. 2005 ; 33 : 120-7.
10. Ambuel B, Hamlett KW, Marx CM, Blumer JL. Assessing distress in pediatric intensive care environments: the COMFORT scale. J. Pediatr. Psychol. 1992 ; 17 : 95-109.
11. 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.
12. Riker RR, Picard JT, Fraser GL. Prospective evaluation of the Sedation-Agitation Scale for adult critically ill patients. Crit. Care. Med. 1999 ; 27 : 1325-9.
13. Sessler CN, Gosnell MS, Grap MJ, et al. The Richmond Agitation-Sedation Scale: validity and reliability in adult intensive care unit patients. Am J Respir. Crit. Care. Med. 2002 ; 166 : 1338-44.
14. 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.
15. Liu LL, Gropper MA. Postoperative analgesia and sedation in the adult intensive care unit: a guide to drug selection. Drugs 2003 ; 63 : 755-67.
16. Sessler CN, Grap MJ, Brophy GM. Multidisciplinary management of sedation and analgesia in critical care. Semin. Respir. Crit. Care. Med. 2001 ; 22 : 211-26.
17. Guillou N, Tanguy M, Seguin P, et al. The effects of small-dose ketamine on morphine consumption in surgical intensive care unit patients after major abdominal surgery. Anesth Analg 2003 ; 97 : 843-47.
18. Walder B, Elia N, Henzi I, et al. A lack of evidence of superiority of propofol versus midazolam for sedation in mechanically ventilated critically ill patients: a qualitative and quantitative systematic review. Anesth Analg. 2001 ; 92 : 975-83.

ÉTABLISSEMENT

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR EN RÉANIMATION*

COMITÉ SCIENTIFIQUE : Frédéric Aubrun - Dominique Fletcher - Christian Jayr - Agnès Bellanger - Chantal Bernard
RÉDACTEURS : Frédéric Aubrun - Marc Beaussier - Anissa Belbachir - Chantal Bernard - Franck Bolandard - Gilles Boccara - Olivier Choquet - Laurent Delaunay - Nicolas Derrode - Dominique Fletcher - Elisabeth Gaertner - Olivier Gall - Christian Jayr - Hawa Keita-Meyer - Guy Kuhlman - Pierre Lena - Philippe Macaire - Claude Mann - Emmanuel Marret - Jean-Xavier Mazoit - Olivier Mimoz - Cyrus Motamed - Jean-François Payen - Marc Roucoules-Aimé - Catherine Spielvogel - François Sztark

Généralités

- Distinguer sédation et analgésie : utiliser des outils d'évaluation et des moyens thérapeutiques différents entre ces 2 entités¹
- 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 prouvé²
- Des échelles cliniques appropriées évaluent la sédation et la douleur en réanimation. Il faut les utiliser régulièrement afin d'ajuster les objectifs de traitement^{3,4}
- En cas d'inconfort ou d'agitation du patient, une insuffisance d'analgésie doit être recherchée et corrigée en priorité⁷
- L'évaluation et la prescription d'analgésiques au moment des soins douloureux est actuellement insuffisante⁵
- Une administration systématique et excessive d'agents sédatifs prolonge la durée de ventilation et de séjour en réanimation⁶
- 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^{8,9}
- 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

Avec le parrainage de l'

* Sous la responsabilité des auteurs



PROCÉDURES POUR
LA PRISE EN CHARGE
DE LA DOULEUR
POSTOPÉRAtoire

- Selon les résultats d'une enquête nationale (Dolorea) sur les pratiques médicales en réanimation (44 centres, 1400 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 COMMUNICANT

ÉCHELLES UNIDIMENSIONNELLES¹⁻⁴

ÉCHELLES	DESCRIPTIF	INTÉRÊT	LIMITES
ÉCHELLE VISUELLE ANALOGIQUE (EVA)	0-30 mm : Douleur faible 30-70 mm : Douleur modérée > 70 mm : Douleur forte à insupportable ^{5,6}	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 NUMÉRIQUE (EN)	0 : Douleur absente 10 (ou 100) : La pire douleur imaginable	Simple, rapide Souvent préférée par le sujet âgé et le personnel soignant	Légère surestimation des valeurs de l'EVA
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 COMMUNICANT

Echelle pédiatrique de Comfort¹⁰

Echelle comportementale de douleur (BPS : Behavioral Pain Scale)¹¹

CRITÈRES	DESCRIPTION	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
- Evaluer 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 RAMSAY⁷	R1 : Patient anxieux, agité R2 : Patient coopérant, orienté, tranquille R3 : Réponse seulement à la commande R4 : Vive réponse à la stimulation de la glabella R5 : Faible réponse à la stimulation de la glabella R6 : Aucune réponse à la stimulation de la glabella	Scientifique	Complexité
	R2-R3 : Sédation optimale, légère R4-R5 : Sédation profonde R6 : Surdosage		

ÉCHELLES DE SÉDATION

DESCRIPTION	DÉFINITION	SCORE
ÉCHELLE DE RIKER¹² SÉDATION-AGITATION		
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	Eveil à la parole, répond aux ordres simples	3
Très sédaté	Eveil au toucher, ne communique pas	2
Non réveillable	Pas de réponse à la douleur	1
ÉCHELLE¹⁵ 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 (<10s)	-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

Echelle ATICE¹⁴, 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
- Evaluer 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

MOYENS THÉRAPEUTIQUES

ANALGÉSQUES MORPHINIQUES

- Administrer **séparément les agents sédatifs et les agents analgésiques**
- La pharmacologie classique ne s'applique pas en réanimation. **La notion de demi-vie contextuelle, déterminée en anesthésie, n'est pas validée en réanimation**
- Agents morphiniques utilisables pour l'analgésie de fond : **sufentanil, fentanyl, morphine et rémifentanil, par voie intraveineuse** continue ou discontinuée (morphine)¹⁵
- Privilégier **l'adaptation permanente de l'analgésie aux besoins du patient**¹⁶
- Le rémifentanil 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, rémifentanil 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 MORPHINIQUES

- 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 bénéfique/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 réanimation¹⁷

AGENTS SÉDATIFS

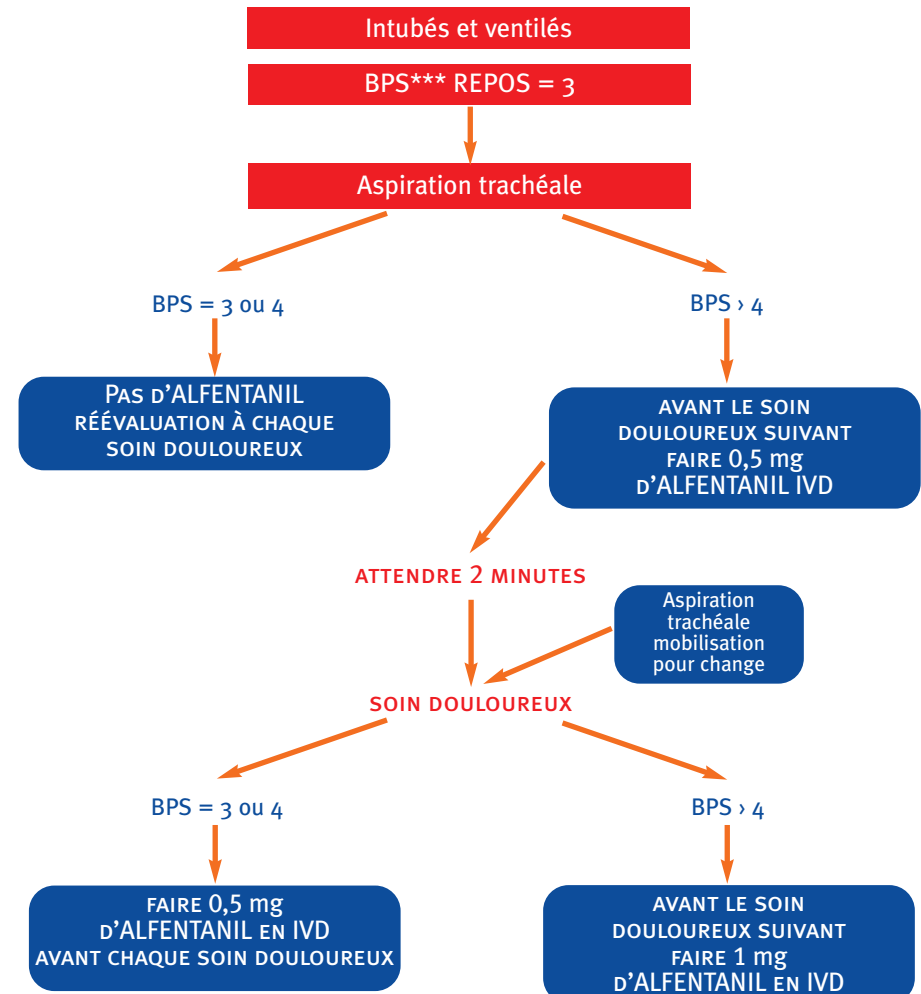
- **Produits utilisables pour la sédation** : midazolam et le propofol par voie intraveineuse continue. Propofol utile pour des durées prévisibles courtes de sédation (≤ 36 heures)¹⁸
- Privilégier en permanence **l'adaptation de la sédation aux besoins du patient**

MOYENS THÉRAPEUTIQUES

GESTION DE L'ARRÊT DE LA SEDATION-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 longue durée d'action (clorazépate)**, la réintroduction de l'agent incriminé avec diminution très progressive des doses, l'administration de neuroleptiques à dose titrée (halopéridol)

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



** URC : Unité de réanimation chirurgicale

*** BPS : Behavioral Pain Scale