Session IDE
Douleur

L'évaluation de la douleur chez le patient de réanimation

Aurélie ROUZE , Jennifer DUBOIS
Dr Jean-Luc DESMARETZ
Centre Hospitalier d'Armentières

Diapositive 1

L'évaluation de la douleur chez le patient de réanimation

Au Centre Hospitalier d'Armentiéres

Aurélie ROUZE , Jennifer DUBOIS
Dr Jean-Luc DESMARETZ

Diapositive 2

Sédation et analgésie en réanimation

- **Recommandations des sociétés savantes**
- Conférences de consensus: Ann Fr Anesth Réanim, 2008
- SFAR/SRLF : Ann Fr Anesth Réanim, 2000
- Réanim Urgences, 2000
- ACCM/SCCM : Crit Care Med, 2002

Aurélie ROUZE , Jennifer DUBOIS
Dr Jean-Luc DESMARETZ

Diapositive 3

- **Comment évaluer la sédation/analgésie ?**
- **Quel impact sur le devenir du patient ?**

Aurélie ROUZE , Jennifer DUBOIS
Dr Jean-Luc DESMARETZ

Diapositive 4

Objectifs de l'analgésie et de la sédation

La sédation n'est pas l'analgésie = distinguer douleur et agitation

Objectifs :analgésie= soulager la douleur , la reconnaître la prévenir

analgésie et sédation=améliorer l'oxygénation tissulaire

sédation=prévenir les désordres neuropsychiques

Aurélie ROUZE , Jennifer DUBOIS
Dr Jean-Luc DESMARETZ

Diapositive 5

Quels outils d'évaluation ?

critères de choix
- sensible
- fiable
- valide

sur 25 échelles de sédation, 4 fiables et valides :

Ramsay	1-6
échelle de sédation-agitation (SAS)	1-7
échelle d'activité motrice (MAAS)	0-6
échelle de Comfort	8-40

De Jonghe, *Intensive Care Med*, 2000

échelle de Richmond (RASS)	-5 à +4

Ely, *JAMA* 2003

échelle ATICE (conscience, tolérance)	0-20

De Jonghe, *Crit Care Med*, 2003

Aurélie ROUZE , Jennifer DUBOIS
Dr Jean-Luc DESMARETZ

Diapositive 6

échelle de sédation-agitation (SAS)

Riker, *Crit Care Med*, 1999

aspects	exemples	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	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

agitation

sédation

Aurélie ROUZE , Jennifer DUBOIS
Dr Jean-Luc DESMARETZ

Diapositive 7

échelle de Richmond (RASS)

Sessler, Am J *Crit Care Med* 2002

Score	Term	Description
+4	Combative	Overtly combative or violent; immediate danger to staff
+3	Very agitation	Pulls on or removes tube(s) or catheter(s) or has aggressive behavior toward staff
+2	Agitated	Frequent nonpurposeful movement or patient–ventilator dyssynchrony
+1	Restless	Anxious or apprehensive but movements not aggressive or vigorous
0	Alert and calm	
−1	Drowsy	Not fully alert, but has sustained (more than 10 seconds) awakening, with eye contact, to voice
−2	Light sedation	Briefly (less than 10 seconds) awakens with eye contact to voice
−3	Moderate sedation	Any movement (but no eye contact) to voice
−4	Deep sedation	No response to voice, but any movement to physical stimulation
−5	Unarousable	No response to voice or physical stimulation

Qui quantifie le temps d'ouverture des yeux à la stimulation non douloureuse

Aurélie ROUZE , Jennifer DUBOIS
Dr Jean-Luc DESMARETZ

Diapositive 8

Score d'ATICE

Score d' « Adaptation to Intensive Care Environment » (ATICE)

Domaine Conscience				Domaine Tolérance					
EVEIL (gradué de 0 à 5)		COMPREHENSION (somme des réponses cotées 1)		CALME (gradué de 0 à 3)		ADAPTATION AU RESPIRATEUR (somme des éléments cotés 1)		RELAXATION DE LA FACE (graduée de 0 à 3)	
Yeux fermés, aucune mimique	0	« Ouvrez (ou fermez) les yeux »	1 pt	Agitation majeure, dangereuse pour le patient	0	Pas de blocage de la phase inspiratoire du respirateur par le patient	1 pt	Grimace permanente	0
Yeux fermés, mimique lors de la stimulation douloureuse forte	1	« Ouvrez la bouche »	1 pt	Agitation non calmée par les commandes verbales	1	Pas de polypnée > 30	1 pt	Grimace provoquée sévère	1
Ouverture des yeux après stimulation douloureuse forte	2	« Regardez par ici »	1 pt	Agitation calmée aux commandes verbales	2	Pas de toux	1 pt	Grimace provoquée modérée	2
Ouverture des yeux après stimulation douloureuse légère	3	« Faites oui avec la tête »	1 pt	Calme	3	Pas de tirage	1 pt	Visage relaxé	3
Ouverture des yeux après stimulation verbale	4	« Fermez les yeux et ouvrez la bouche »	1 pt						
Ouverture des yeux spontanée	5								

Aurélie ROUZE , Jennifer DUBOIS
Dr Jean-Luc DESMARETZ

Diapositive 9

Echelle de RAMSAY

- Patient anxieux ou agité	1
- Patient calme, tranquille, orienté	2
- Patient répondant aux ordres simples	3
- Réponse franche au réflexe fronto-orbiculaire ou bruit	4
- Réponse modérée au réflexe fronto-orbiculaire	5
- Pas de réponse	6

Aurélie ROUZE , Jennifer DUBOIS
Dr Jean-Luc DESMARETZ

Diapositive 10

échelles de douleur

1 auto-évaluation de la douleur en réanimation

la plus simple et fiable: EVA, EVS, EN

emploi limité aux patients communicants

2 hétéro-évaluation par l'IDE ou par la famille

présence ou non de douleur : 73%

estimation correcte de l'intensité douloureuse : 53%

sous-estimation de l'intensité douloureuse : 35 – 55%

Aurélie ROUZE , Jennifer DUBOIS
Dr Jean-Luc DESMARETZ

Diapositive 11

échelles de douleur

3 échelles de douleur chez le patient non communicant

échelle comportementale de douleur (BPS)

Critères	Aspects	Score
Expression du visage	Détendu Plissement du front Fermeture des yeux Grimace	1 2 3 4
Tonus des membres supérieurs	Aucun Flexion partielle Flexion complète Rétraction	1 2 3 4
Adaptation au respirateur	Adapté Déclenchement ponctuel Lutte contre ventilateur Non ventilable	1 2 3 4

Aurélie ROUZE , Jennifer DUBOIS
Dr Jean-Luc DESMARETZ

Diapositive 12

Notre service

- Réanimation polyvalente de 8 lits
- Unité de surveillance continue de 6 lits
- 70% des patients de réanimation sont sédatés

Aurélie ROUZE , Jennifer DUBOIS
Dr Jean-Luc DESMARETZ

Diapositive 13

Prise en charge de la sédation

- Pour évaluer la sédation
  - Ramsay: il évalue l'état d'agitation du malade en réponse à des stimuli auditifs et tactiles. Il est simple et reproductible d'un utilisateur à l'autre, utilisé depuis l'ouverture de la réa et maitrisé par l'ensemble de l'équipe.
- Produits utilisés
  - Utilisation du midazolam selon le protocole du service (et plus si besoin, curares, propofol…)
- Rôle IDE

Aurélie ROUZE , Jennifer DUBOIS
Dr Jean-Luc DESMARETZ

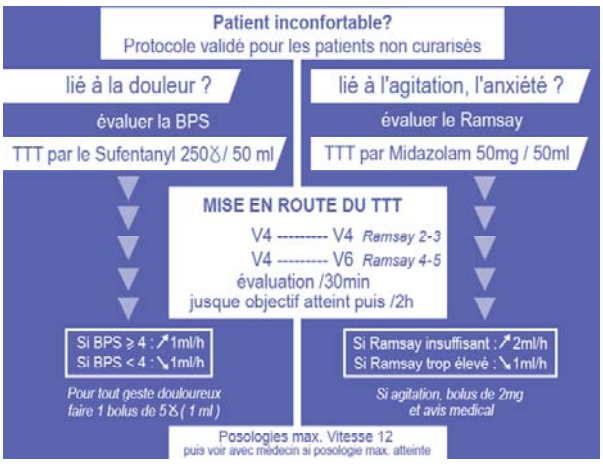
Diapositive 14

Prise en charge de la douleur

- Echelle d'évaluation de la douleur
  - BPS (Behavioral Pain Scale tool), échelle comportementale de douleur. Choisie car simple d'utilisation et repose sur des critères fondamentaux.
- Produits utilisés
  - Utilisation de sufentanyl selon le protocole du service. Emla pour les GDS. Possibilité d'utilisation de l'ultiva sur prescription médicale.
  - Et antalgiques de paliers 1 et 2 si besoin de plus.
- Rôle propre IDE

Aurélie ROUZE , Jennifer DUBOIS
DR Jean-Luc DESMARETZ

Diapositive 15



Aurélie ROUZE , Jennifer DUBOIS
Dr Jean-Luc DESMARETZ

Diapositive 16

Remarques sur le protocole

- Prudence sur les premières conclusions, seulement 1 mois d'utilisation.
- Critiques et remarques de l'équipe.

Aurélie ROUZE , Jennifer DUBOIS
Dr Jean-Luc DESMARETZ

Diapositive 17

Conclusions

➢L'évaluation de la douleur en réanimation est difficile

➢Il faut administrer de manière séparée les agents de la sédation et les agents analgésiques , tout comme l'évaluation

➢Sédation et analgésie doivent trouver un équilibre ;

ni insuffisante (douleur , agitation) ,

ni excessive (allongement de la durée de séjour)

➢Maintien à un niveau de sédation pharmacologique faible et traitement de la douleur au moment des soins douloureux

➢Utilisation de protocoles écrits

➢Il semble que le choix du produit ne soit pas déterminant

Aurélie ROUZE , Jennifer DUBOIS
Dr Jean-Luc DESMARETZ

Conclusions

Pas de score parfait

L'usage d'un score est aussi important que le score en lui-même

Il faut appliquer un score

avec des objectifs

avec des conduites à tenir,

Aurélie ROUZE , Jennifer DUBOIS
Dr Jean-Luc DESMARETZ