

Sédation, douleur et délirium

Journée de Formation Régionale

13/06/2017

BERTHAUD S (IDE), D SAUVAJON(PH)



Pourquoi s'y intéresser?

- La sédation-analgésie remplace le terme de sédation
- Le moins possible: administration titrée
- Sédation excessive:
 - morbidité (durée VM, infection, dmsr, dmsh...)
 - Tendance à sur-mortalité

→ Rôle central des IDE

Rôle des IDE

- Temps de présence auprès du patient
- Première ligne: geste, nursing, plainte...
- Par décret de compétence, « peuvent faire varier, sous la responsabilité du médecin prescripteur, les doses de médicaments »

« Le pilotage de la sédation, de l'analgésie et du delirium doit impliquer en premier lieu les infirmiers de réanimation au moyen d'algorithmes protocolisés et discutés en commun avec les médecins. » (Mantz, JEPu 2016)

Balance bénéfice -risque

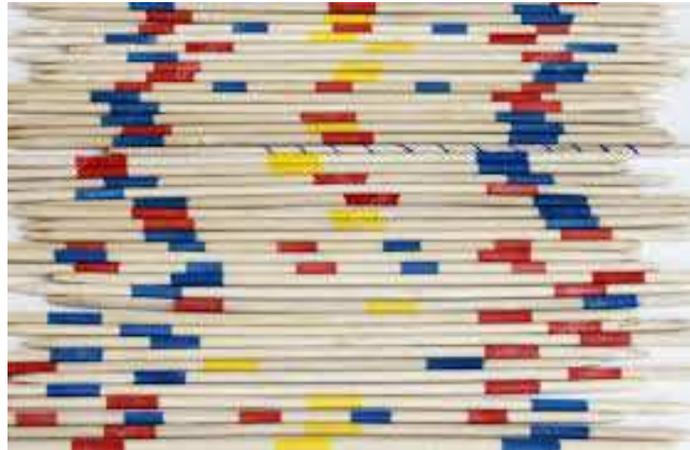


Balance bénéfice -risque

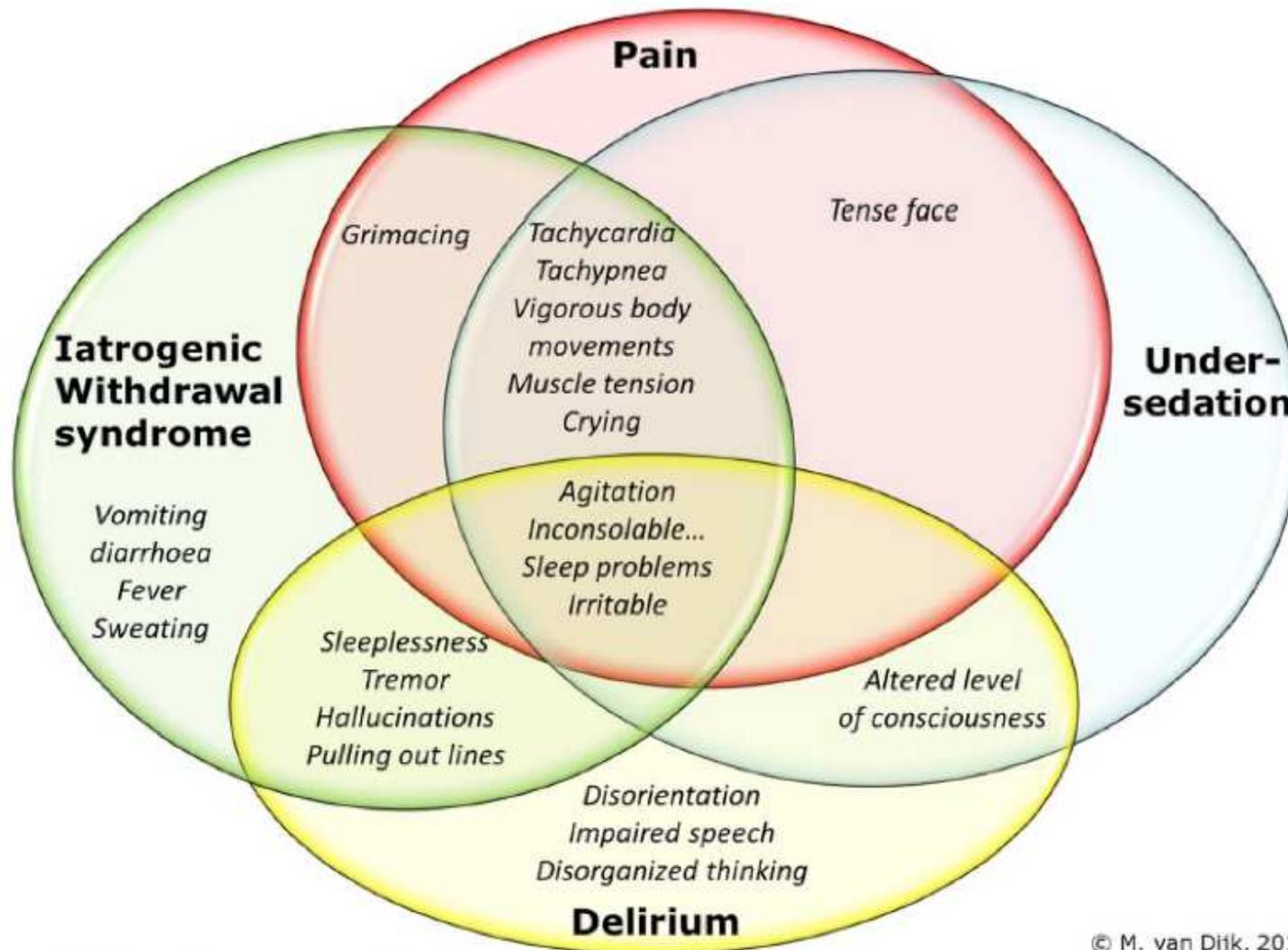


Objectif à 3 composantes

- Analgésie
 - Sédation
 - Délirium
- Casse tête



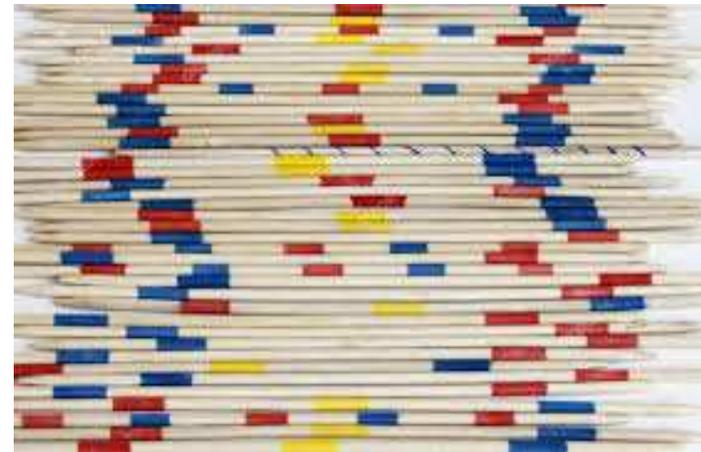
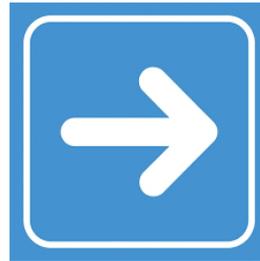
3 entités inter-reliées



© M. van Dijk, 2011

Fig. 1 Overlap of behavioural cues in pain, sedation, withdrawal syndrome and delirium

Objectif à 3 composantes



→ Proposition de Dichotomie artificielle



OBJECTIF 1:
DOULEUR ET ANALGÉSIE

Anticiper

- 40 à 65% des patients ont eu une expérience de douleur en réanimation (DOLOREA)



Evaluator

Behavioral Pain Scale (BPS) Training Poster

BPS (intubated patients)

1 2 3 4



At rest: check the tonus by mobilization of the limb

BPS-NI (non-intubated patients)

1 2 3 4



③ Compliance with ventilation



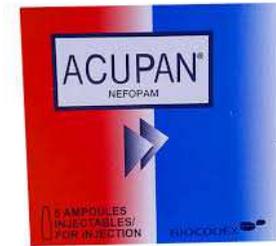
Tolerating ventilation Coughing but tolerating ventilation most of the time Fighting ventilator but ventilation possible sometimes Unable to control ventilation

①+②+③ = total BPS value

from 3 (no) to 12 (maximum) pain behavior rated using the BPS

S/ATICE

Traiter



Espace péri-
Mœlle ép.



S'adapter (Ré évaluer)!!!

- Dose suffisante?



- Evolutivité des lésions, tachyphylaxie
 - Ce qui marche chez Mr X ne marche pas forcément mon patient Y!
 - Ce qui marche aujourd'hui ne marche pas forcément demain!



**OBJECTIF 2:
SÉDATION**

Provocation:

- Qu'est ce que c'est? Pas si facile que ça à définir...

« la sédation est l'ensemble des moyens médicamenteux, ou non, destinés à assurer le confort physique et psychique du patient et à faciliter les techniques de soins. » (SFAR 2016)

- En as t'on besoin?

→ OUI pour SDRA, TCGrave, DT...

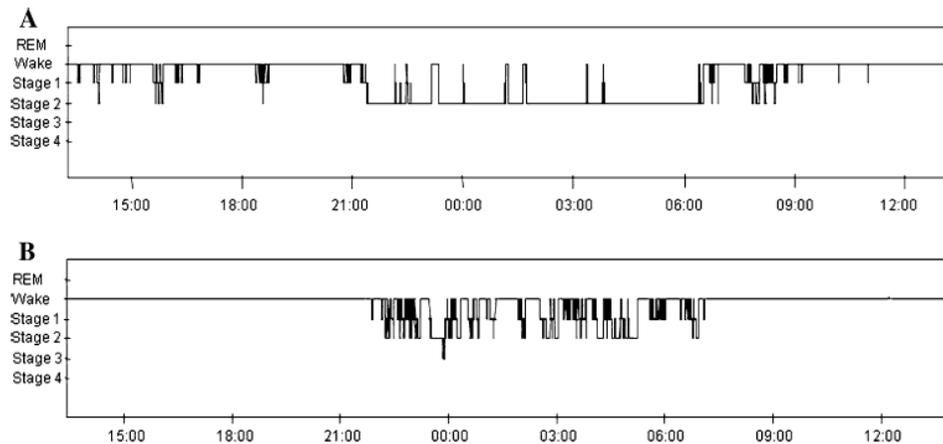
→ SINON...

Les médicaments d'analgésie ont un effet sédatif propre. (et on en a besoin pour l'analgésie!)

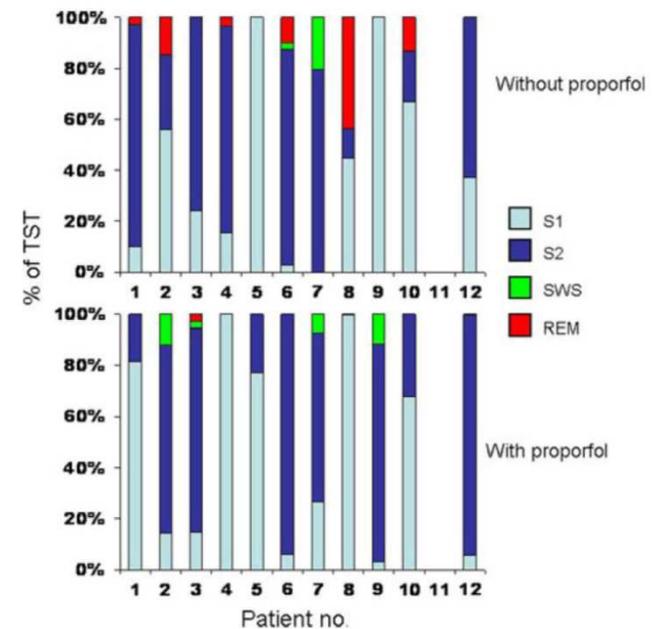
Les hypnotiques induisent des effets indésirables sévères

Provocation: Mon patient ne dors pas!

- La sédation médicamenteuses n'induit pas un sommeil physiologique, ni en architecture, ni en qualité



Oto, ICM 2012



Kondili, ICM 2008

Les hypnotiques induisent des effets indésirables sévères

- Benzodiazépines
→ Délirium, séquelles cognitives



- L'augmentation nocturne de la sédation majore le risque de délirium *Seymour CCM 2012*

- Quel que soit la molécule, l'allègement de la sédation améliore le devenir des patients

Shehabi Y, Crit. Care Med., 2013

Evaluer

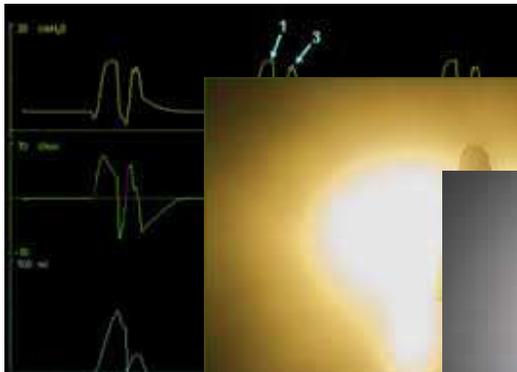
- Très nombreuses échelles...
- Ramsay, ATICE, Confort Scale,
- RASS:
 - la plus étudiée, patient intubé c
 - Continuum entre sédation et ag

Annexe 3. Richmond Agitation Sedation Scale (RASS)⁸

Pointage	Niveau	Comportement observable
+4	Combatif	Combatif, violent : présente un danger immédiat pour le personnel
+3	Très agité	Tire ou enlève le(s) tubes ou cathéter(s), agressif
+2	Agité	Mouvements non adaptés fréquents, combat le ventilateur
+1	Nerveux	Anxieux, craintif, mais ses mouvements ne sont pas agressifs ni énergiques
0	Réveillé et calme	
-1	Somnolent	Pas totalement éveillé mais maintient son éveil à la voix (ouverture des yeux et contact inférieur à 10 secondes)
-2	Sédation légère	S'éveille brièvement à la voix (ouverture des yeux et contact inférieur à 10 secondes)
-3	Sédation modérée	Mouvements ou ouverture des yeux à la voix mais sans contact du regard
-4	Sédation profonde	Pas de réponse à la voix mais mouvements ou ouverture des yeux à la stimulation physique
-5	Non stimuable	Aucune réponse à la voix ou à la stimulation physique

→ L'important est d'en choisir une

Traiter



Ré évaluer

- Objectif **de titration** pour obtenir la dose minimale acceptable



OBJECTIF 3: DÉLIRIUM

Définition

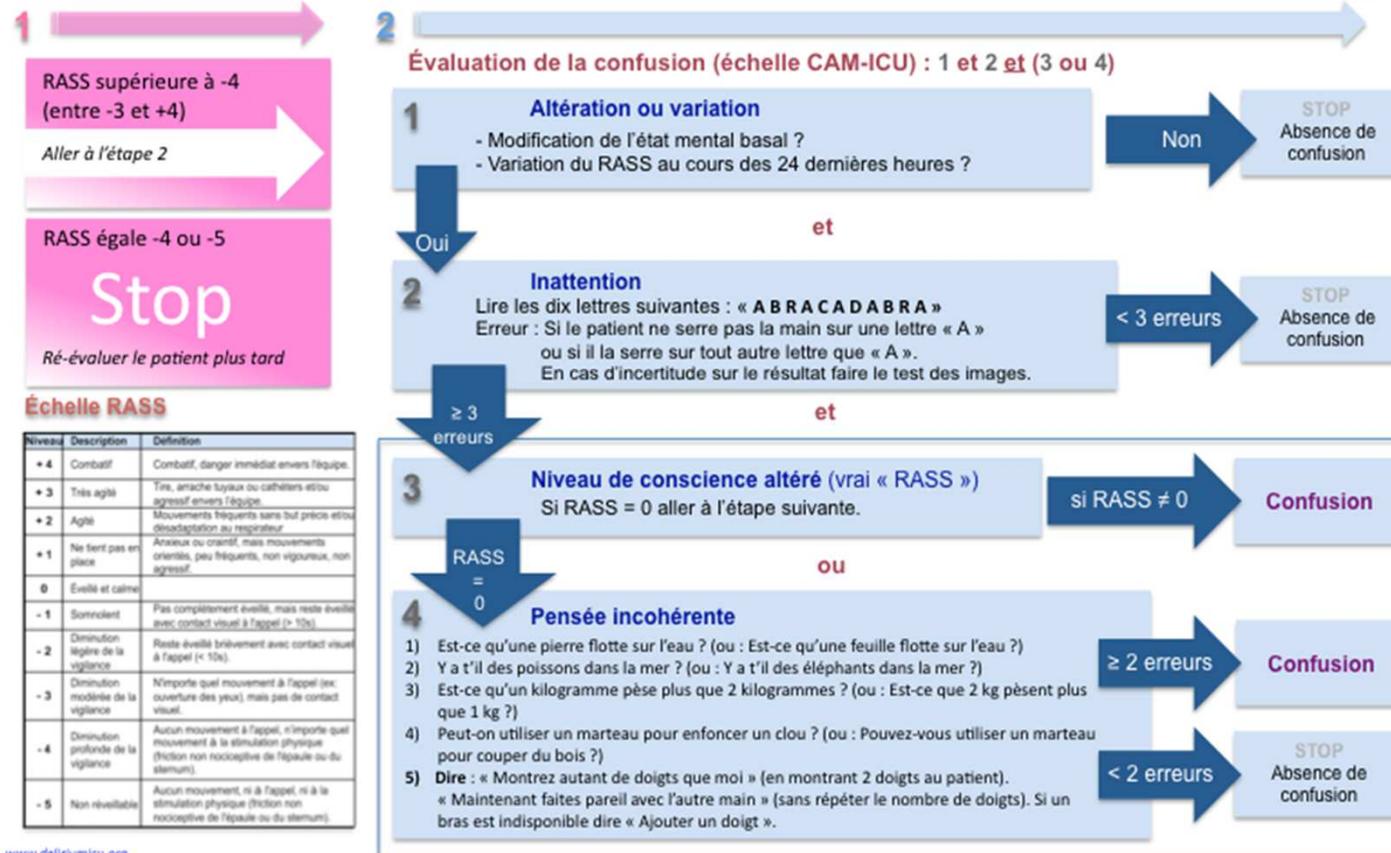
- Délirium est une **défaillance d'organe** comme les autres!
- Associé à surmortalité et complications

L'identifier

- Début aigu
- Fluctuation nycthémérale des symptômes
- Désorganisation de toute la pensée:
 - Trouble de la vigilance (agitation → coma)
 - DTS
 - Trouble de l'attention (a du mal à rester concentré)
 - Hallucination
 - Inversion rythme nycthéméral, trouble du sommeil

Une échelle: CAM-ICU

CAM-ICU : Échelle d'évaluation des états confusionnels en réanimation



Une fois par jour!

Trouver la cause (moyen Memotechnique G. Chanques)

- C: CO₂-CO
- O:O₂
- N:Na⁺
- F:Foie
- U:Urée/iono
- S:Sucre
- I:Infection
- O:Ormone (cortisol-TSH)
- N:Neurones (AVC, abc, tumeur..)
- Mentale:-Médicaments (effet Ilr-Sevrage)
-Médecine: iatrogénie contextuelle

Traiter

- Moyens non médicamenteux
 - STOPPER la sédation
 - Mobiliser les patients+++++
 - (« patient assis, patient guéris »)
- Médicamenteux:
 - NE PAS RESEDATER (cercle vicieux)
 - Les neuroleptiques calment l'agitation



Conclusion

- Décomposer chaque partie pour une vision claire: évaluer avec les échelles
 - Pack BPS/RASS/CAM-ICU
 - Commencer TOUJOURS par l'analgésie
- Prendre le patient en charge avec un protocole+++ , compromis nécessaire entre IDE/Kiné/AS et prescripteurs

Protocole analgésie - sédation

Projet à l'initiative de deux médecins du service.

Sur la base du volontariat

Equipe pluridisciplinaire : Médecins, Infirmières, Aides-soignantes, Kinés.

BUT :

Améliorer le confort du patient et sa prise en charge

Diminuer le temps de sédation = gain de temps pour le sevrage respiratoire

**Importance d'associer l'analgésie à la
sédation**

L'agitation peut être due à la douleur

CRITERE	+4 : combatif	Combatif, danger immédiat envers l'équipe	SCORE
		+3 : très agité	
ASPECT	+2 : agité	Mouvements fréquents sans but précis et / ou désadaptation au respirateur	1
			2
	+1 : ne tient pas en place	Anxieux ou craintif, mais mouvements orientés, peu fréquents, non vigoureux, non agressif	3
TONUS D	0 : éveillé et calme		4
			1
			2
			3
-2 : diminution légère de la vigilance	Reste éveillé brièvement avec contact visuel à l'appel (<10sec)		4
			1
ADAPT RESP	-3 : diminution modérée de la vigilance	N'importe quel mouvement à l'appel mais pas de contact visuel	2
			3
			4
-4 : diminution profonde de la vigilance	Aucun mouvement à l'appel, n'importe quel mouvement à la stimulation physique		3
			4
-5 : non réveillable	Aucun mouvement, ni l'appel, ni à la stimulation physique		4

Choix de faire 2 protocoles :

- Sédation - analgésie de fond
- Analgésie procédurale

Protocole sédation/analgésie

Prérequis Clinique: Ce protocole ne concerne que les patients répondant à ces quatre conditions:

- ➔ Prescription Médicale du protocole
- ➔ Stable sur le plan hémodynamique (PAS>100 et PAM >60)

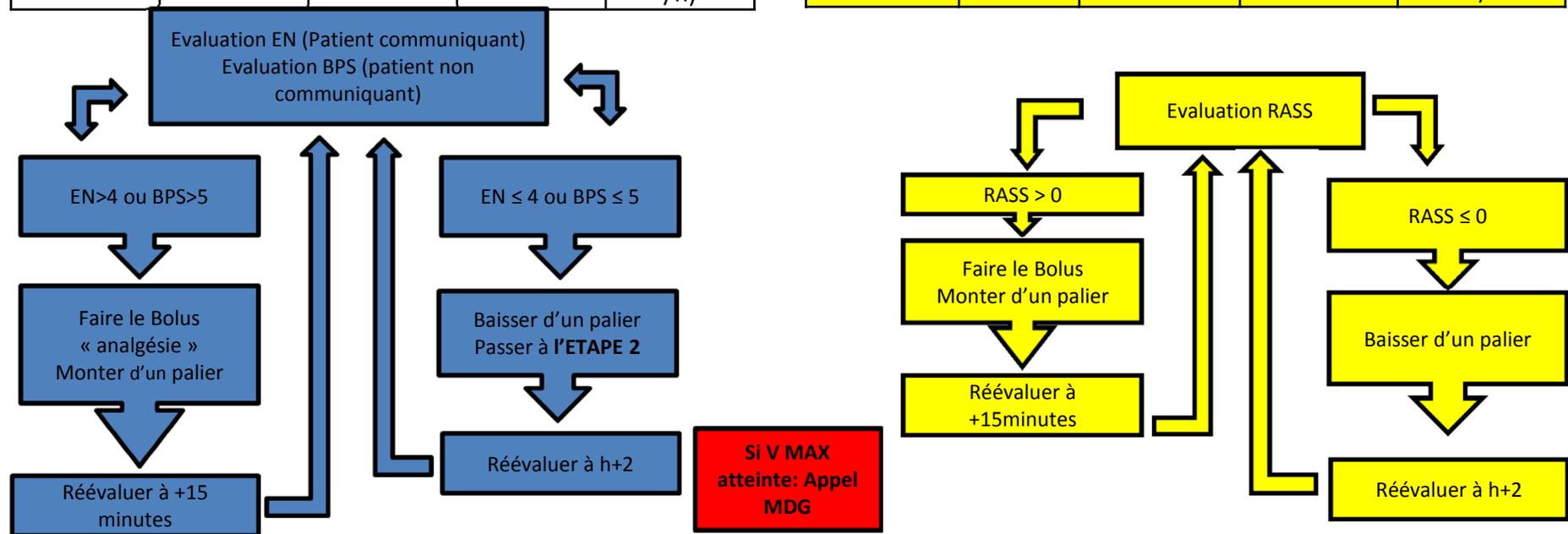
- ➔ Patient sous ventilation invasive
- ➔ Patient non curarisé

Produits	Dilution	Palier Montée vitesse PSE	Palier Descente vitesse PSE	Posologie maximum
Sufentanil	5y/ml	+1ml/h	-0.2ml/h	30y/h(6ml/

Produits	Dilution	Palier Montée vitesse PSE	Palier Descente vitesse PSE	Posologie maximum
Propofol	10mg/ml	+4ml/h	-2ml/h	350mg/h(35

ETAPE 1 Evaluation Analgésie

ETAPE 2 Evaluation Sédation



**SI RASS ≥+3
Et / ou si EN>7 ou BPS>9
Bolus sédation et Bolus Analgésie ET Appel MDG**



Une fois sevré, continuer l'évaluation /4h, et si EN>3 ou BPS >5 et/ou RASS >0 APPEL MDG

Protocole Analgésie procédurale Patient intubé/trachéotomisé

Prérequis Clinique: Ce protocole ne concerne que les patients répondant à ces quatre conditions:

Prescription Médicale du protocole

Stable sur le plan hémodynamique (PAS>100 et PAM >60)

Patient sous ventilation invasive

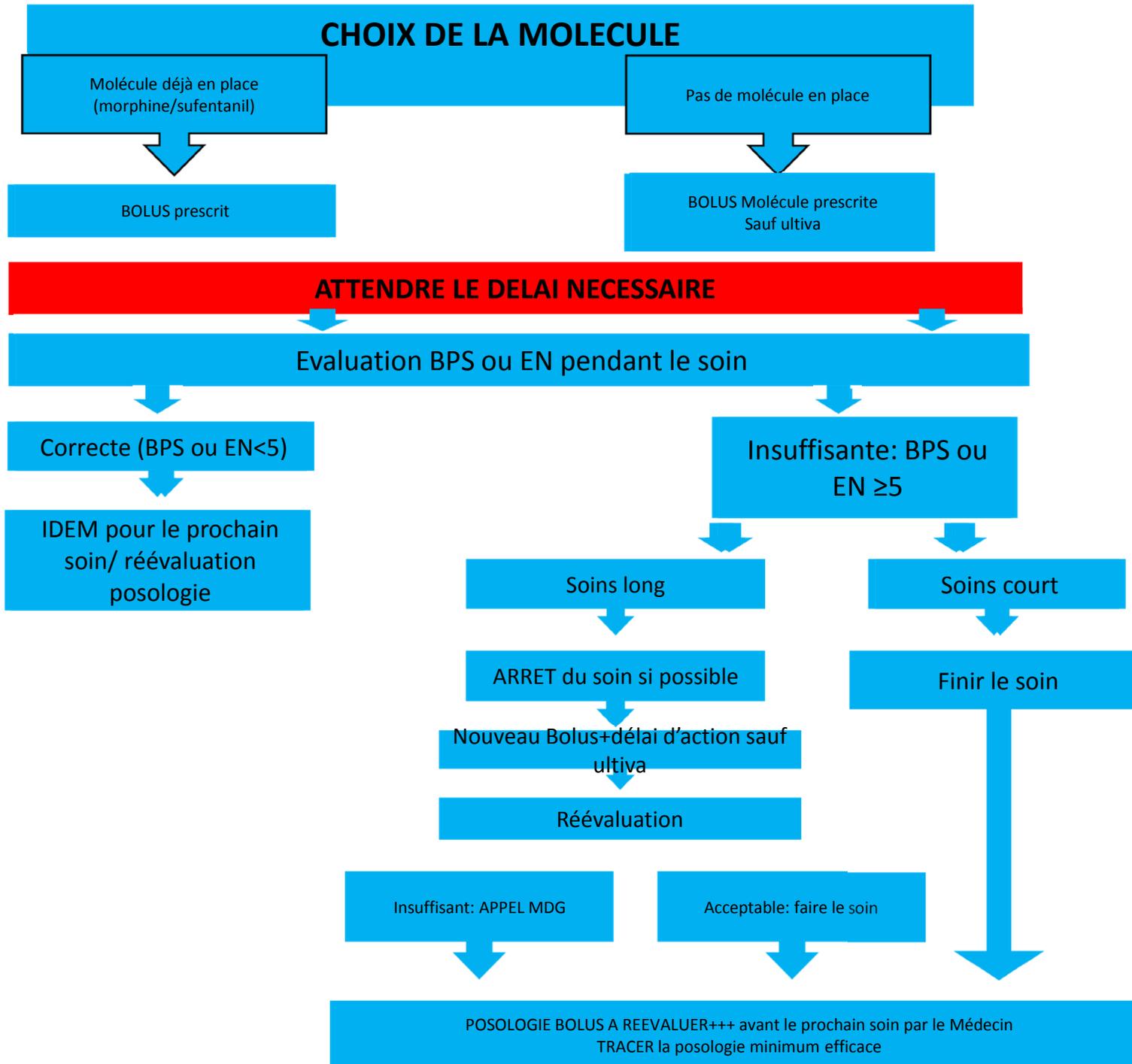
Patient non curarisé

Quels gestes?

- Mobilisation/Nursing
- Kinésithérapie
- Pose de voie/drain/fibro
- Ablation de redon/drains
- Pansement

Délai D'action Molécule:

- MORPHINE: 15min
- SUFENTANIL: 5-10 min
- RAPIFEN: <5min
- ULTIVA: instantané



CHOIX DE LA MOLECULE

Molécule déjà en place
(morphine/sufentanil)

Pas de molécule en place

BOLUS prescrit

BOLUS Molécule prescrite
Sauf ultiva

ATTENDRE LE DELAI NECESSAIRE

Evaluation BPS ou EN pendant le soin

Correcte (BPS ou EN < 5)

Insuffisante: BPS ou
EN ≥ 5

IDEM pour le prochain
soin/ réévaluation
posologie

Soins long

Soins court

ARRET du soin si possible

Finir le soin

Nouveau Bolus+délai d'action sauf
ultiva

Réévaluation

Insuffisant: APPEL MDG

Acceptable: faire le soin

POSOLOGIE BOLUS A REEVALUER+++ avant le prochain soin par le Médecin
TRACER la posologie minimum efficace

Profi
A réév



ation
s mois.