

Textes des experts

Prise en charge de la douleur[☆]

Pain management

J.-F. Payen^{a,*}, G. Chanques^b

^a *Département d'anesthésie-réanimation, hôpital Michallon, B.P. 217, 38043 Grenoble, France*

^b *Département d'anesthésie-réanimation B, hôpital de Saint-Éloi, 34295 Montpellier, France*

Disponible sur Internet le 26 juin 2008

Résumé

Il faut distinguer sédation et analgésie, c'est-à-dire utiliser des outils d'évaluation et des moyens thérapeutiques distincts entre ces deux entités. La douleur est un phénomène fréquent et intense en réanimation et une source de souvenirs désagréables à l'issue du séjour. En cas d'inconfort ou d'agitation, la recherche d'une insuffisance d'analgésie doit être première dans la décision thérapeutique. Les échelles cliniques de mesure de la douleur sont les seuls outils pour évaluer l'intensité de la douleur, mais leur utilisation est actuellement insuffisante. Bien que la plupart des patients reçoivent un dérivé morphinique pour procurer une analgésie de fond, celle-ci peut être insuffisante à l'occasion de soins douloureux (mobilisation, ablation ou pose de drain, pansement complexe). Le concept de l'analgésie multimodale doit être étendu à la réanimation, car il pourrait réduire les besoins en morphiniques et faciliter la gestion de leur sevrage. Pour pouvoir adapter l'analgésie aux besoins du patient, il faut évaluer régulièrement l'intensité douloureuse au repos et au cours de stimulus douloureux avec des outils de mesure adaptés, titrer l'analgésie au moment des soins douloureux et employer des algorithmes de prescription thérapeutique selon la réponse obtenue. L'utilisation de protocoles écrits pour la gestion quotidienne de la sédation et de l'analgésie en réanimation est une aide réelle pour l'équipe soignante et permet une utilisation plus rationnelle des sédatifs et des analgésiques. Cette stratégie peut réduire la durée de ventilation mécanique et de séjour en réanimation.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Analgesia and hypnosis are two separate entities and should result in distinct assessment and management for patients admitted to an intensive care unit (ICU). Those patients are exposed to moderate–severe pain and they are likely to remember pain as one bothersome experience. Any cause of patient discomfort is sought with the priority given to pain and adequate analgesia. Assessing pain must rely upon the use of clinical scoring systems, although these instruments are still underused in ICU. Satisfactory levels of analgesia by continuous infusion of opioids during times without stimulation do not guarantee against pain reactions during procedures (endotracheal suctioning, mobilization, wound care and dressing change, removal of chest tube). The concept of multimodal analgesia should be extended to the ICU since it may reduce the opioids requirements. In order to facilitate systematic pain and sedation assessment and to adjust daily drug dosages accordingly, it appears crucial to promote educational programs and elaboration of protocols/guidelines in ICU. Protocols/guidelines may help caregivers to rationally use sedatives and opioids and possibly reduce mechanical ventilation and ICU length of stay.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Douleur ; Antalgiques ; Sédation ; Réanimation ; Soins intensifs

Keywords: Pain; Sedation; Analgesics; Opioids; Intensive care

1. Introduction

L'essentiel des soins prodigués à un patient de réanimation vise à lutter contre la ou les défaillances viscérales qui sont l'objet de l'admission et/ou du maintien du patient en réanimation. Cependant, cette prise en charge génère une

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

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : jfpayen@ujf-grenoble.fr (J.F. Payen).

situation pénible pour le patient, accompagnée de douleurs fréquentes et intenses. Des recommandations des sociétés savantes nord-américaines et françaises [1,2] et de nombreuses mises au point [3–11] attestent de l'importance mais aussi de la réelle difficulté à prendre en charge la douleur en réanimation. Trois raisons peuvent expliquer cela :

- des causes multiples de douleur liées à la pathologie du patient et les soins inhérents à son état ;
- une difficulté pour évaluer la douleur chez un patient non communicant ;
- des habitudes inappropriées de prescription d'analgésiques.

Enfin, le terme « sédation » peut prêter à confusion, puisqu'il englobe la baisse de la vigilance (hypnose) et l'analgésie ; or la baisse de la vigilance, induite par une pathologie cérébrale ou par un traitement pharmacologique (hypnotiques), n'a pas de lien direct avec l'analgésie. Il faut donc dissocier les termes « sédation » et « analgésie ». Ce chapitre se limite à la gestion de la douleur chez l'adulte en ventilation mécanique, en dehors du contexte de la neurosédation. La gestion de la sédation proprement dite est abordée dans un texte de cette conférence de consensus (*Prise en charge du patient sédaté*, B. De Jonghe). Un accent sera mis sur les résultats des enquêtes de pratiques médicales, puisqu'elles formalisent la réalité à partir de laquelle des règles décisionnelles implicites peuvent être proposées.

2. Acquisition des données

L'étude de la littérature a été basée sur une recherche Medline des articles publiés entre 2001 et 2007, à partir des mots clés suivants : *pain, pain scale, sedation scale, procedure ; analgesia, analgesics, narcotics, opioid ; intensive care, critical care, intensive care unit, critically ill patients*.

3. Synthèse des données

3.1. Épidémiologie de la douleur en réanimation

3.1.1. Incidence et intensité

Il est connu depuis longtemps que la douleur est un phénomène fréquent et intense en réanimation. Cinq jours après leur sortie de réanimation postchirurgicale, 63 % des patients ont décrit leur douleur comme modérée à sévère [12]. Près de la moitié d'une cohorte de 5000 patients a rapporté une expérience douloureuse pendant son séjour en réanimation et, pour 15 % d'entre eux, cette douleur a été qualifiée de sévère [13]. Des douleurs modérées et sévères ont été rapportées par 64 % des patients admis en réanimation après chirurgie viscérale lourde, en raison de l'attente d'un traitement analgésique et du manque d'explications sur le caractère douloureux de certains soins [14]. Après chirurgie cardiaque, l'intensité moyenne de douleur mesurée en réanimation par échelle visuelle analogue (EVA) a été de 47 mm (extrêmes 22–70 mm) [15]. Dans une cohorte de 100 patients admis plus de 24 heures en réanimation, l'incidence des douleurs

modérées à fortes (échelle numérique [EN] supérieure à 3 ; *behavioral pain scale* [BPS] supérieur à 5), en dehors d'une stimulation douloureuse, a été de 63 % malgré un emploi non restreint de fentanyl ou de morphine [16]. Une incidence comparable de douleur modérée à sévère a été retrouvée chez des patients cancéreux admis en réanimation [17].

3.1.2. Causes de douleur en réanimation

Les causes de douleur sont nombreuses en réanimation, liées aux lésions tissulaires (fractures non stabilisées, œdème des parties molles, brûlures, chirurgie ostéoarticulaire, thoracique ou abdominale), au patient (expériences douloureuses antérieures, milieu socioculturel) et aux soins. Bien évidemment, ces soins sont nécessaires pour le patient, mais ils peuvent être une source de douleur par leur répétition au cours de la journée et/ou leur caractère intense. Ainsi, la mobilisation du patient au cours des pansements (mise en décubitus latéral), l'aspiration trachéale et l'ablation des drains thoraciques sont rapportées comme étant les gestes les plus douloureux, avec des valeurs mesurées par EVA comprises entre 30 et 100 mm [18,19]. On peut y ajouter l'extubation trachéale, procédure ayant généré une douleur modérée à forte mesurée par EVA (> 30 mm) chez plus de 70 % des patients [20]. La survenue d'une douleur chez un patient jusque-là confortable doit faire rechercher une cause organique, en particulier intra-abdominale [21].

Les douleurs par excès de nociception sont prédominantes (délabrements tissulaires, fractures, œdème des parties molles, soins,), mais des douleurs neuropathiques peuvent être présentes (compression, étirement ou section des nerfs périphériques, lésion médullaire ou thalamique,). Dans le syndrome de Guillain-Barré, les patients se plaignent de douleurs neuropathiques, avec principalement des myalgies et des radiculalgies, des dysesthésies des extrémités (allodynie, hyperalgésie). Il est possible que ces deux mécanismes (excès de nociception, neuropathie) soient à l'origine de douleurs résiduelles. Quel que soit le mécanisme, la douleur en réanimation évolue sur un mode voisin de la douleur postopératoire : un fond continu auquel s'ajoutent des pics douloureux lors de procédures douloureuses.

3.1.3. Conséquences liées à la douleur en réanimation

L'une des conséquences immédiates de la douleur est de générer un état d'agitation chez le patient non communicant, au même titre que des troubles métaboliques, un sepsis, une hypoxémie, une défaillance cardiovasculaire, une lésion intracrânienne, un syndrome de sevrage [22]. Cet état d'agitation peut être sévère, à l'origine d'extubations trachéales accidentelles et d'ablations inopinées de cathéters, d'un allongement de la durée de ventilation et de séjour en réanimation et d'une augmentation des posologies d'hypnotiques et de morphiniques [23,24].

L'analyse des souvenirs gardés par les patients après leur séjour en réanimation est difficile en raison de troubles fréquents de mémoire ; environ 30 % des patients ne gardent aucun souvenir de leur séjour en réanimation. Pour les autres patients, les souvenirs les plus désagréables sont d'ordre

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2746906>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2746906>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)