

FORMATION AUX SOINS DES IRA EN PHASE CRITIQUE

VENTILATION MÉCANIQUE INVASIVE POUR LE SYNDROME DE DÉTRESSE RESPIRATOIRE
AIGUË

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR, DE L'AGITATION ET
DU DÉLIRE

Traduit en français par Traducteurs sans frontières (TSF). L'OMS n'est pas responsable du contenu ou de l'exactitude de cette traduction. En cas de divergence entre l'anglais et le français, la version originale en anglais prévaut.

Cette traduction n'est pas vérifiée par l'OMS. Cette ressource est uniquement destinée à des fins de soutien à l'apprentissage.



**World Health
Organization**

HEALTH
EMERGENCIES
programme

Objectifs d'apprentissage

À la fin de cette session, vous serez en mesure de :

- décrire les complications à long terme liées à l'utilisation de sédatifs chez les patients en état critique (avant tout, ne pas nuire).
- décrire les avantages à long terme d'une prise en charge protocolaire de la douleur, de l'agitation et du délire (DAD).
- établir un protocole DAD adapté à la configuration de votre hôpital.

Les survivants de soins intensifs : les complications à long terme

ICU Survivorship

Statistiques sur la survie en USI



Family



Hobbies



Work

Famille

Loisirs

Travail

50 à 70 % gardent un handicap cognitif
60 à 80 % gardent un handicap fonctionnel

?% ont une pathologie psychiatrique

50 à 70 % de handicaps cognitifs
60 à 80 % de handicaps fonctionnels

Iwashyna *Annals of Int Med* 2010; 153:204-5



World Health Organization

Utilisation de la diapositive avec l'aimable autorisation de www.icudelirium.org

HEALTH EMERGENCIES programme

L'histoire de la sédation

- Par le passé, les patients étaient placés sous sédation profonde car :
 - - les premières générations de respirateurs n'étaient pas sensibles à l'effort respiratoire des patients, ce qui entraînait inconfort et défauts de synchronisation
 - l'opinion était favorable à l'anesthésie.
- De nos jours, une sédation légère ou l'absence de sédation est la règle dans la plupart des cas :
 - les respirateurs actuels se déclenchent facilement pour une meilleure synchronisation avec le patient
 - l'amnésie pourrait, en réalité, faciliter le SSPT
 - la sédation profonde peut causer des complications respiratoires, cardiovasculaires, neurologiques, psychologiques et immunologiques et accroître les risques de décès.

Le CONFORT du patient doit être l'objectif, ce qui inclut une analgésie adéquate, une anxiolyse, ainsi que la prévention et le traitement du délire.

L'équilibre entre analgésie et sédation est délicat à trouver.

L'application des lignes directrices DAD améliore l'issue du traitement pour les patients.

- **Résultats à court terme :**

- moins de jours de délire
-
- moins de jours sous IMV (extubation plus rapide)
- moins de jours en soins intensifs
- moins de frais d'hospitalisation
- davantage de mobilisation pendant le séjour en USI
- plus de chances de survie.

- **Résultats à long terme :**

- meilleures fonctions cognitives
- meilleure mobilité physique
- moins de pathologies psychiatriques (par ex. : SSPT, dépression, anxiété)
- plus de chances de survie.

Mettez au point un protocole DAD adapté à votre hôpital.



Établir un protocole DAD

Étape 1 : évaluer et reconnaître la douleur, l'agitation et le délire à l'aide d'échelles normalisées

Étape 2 : prendre en charge (prévenir et traiter) la douleur en priorité

Étape 3 : prendre en charge l'anxiété en choisissant une sédation ciblée

Étape 4 : prendre en charge (prévenir et traiter) le délire

Étape 5 : reconnaître les situations particulières pouvant nécessiter une sédation profonde et un blocage neuromusculaire (c'est-à-dire SDRA sévère)

Étape 6 : surveiller, enregistrer, interpréter, répondre

Étape 7 : assurer des soins de qualité dans le cadre du paquet ABCDEF.

Étape 1



World Health
Organization

HEALTH
EMERGENCIES
programme

Reconnaître la douleur, l'agitation et le délire

- Évaluez régulièrement l'état de douleur, d'agitation et de délire des patients sous ventilation mécanique :
 - c'est-à-dire une ou deux fois par équipe et en fonction des besoins.
- Utilisez des outils normalisés afin de limiter les variations entre les différents soignants.
- L'agitation est un symptôme non spécifique de la douleur, de l'anxiété ou du délire :
 - trouvez et traitez sa cause principale.



Pourquoi les patients en soins intensifs ressentent-ils de la douleur ?

La douleur

Les patients peuvent ressentir de la douleur pour de nombreuses raisons :

- à cause de la maladie elle-même :
(c'est-à-dire pleurésie, blessure ou opération chirurgicale)
- à cause d'éléments secondaires :
(c'est-à-dire intolérance à la sonde endotrachéale, raideur articulaire, soins des plaies, points de pression ou immobilité).

Les signes non spécifiques de douleur comprennent l'hypersudation, l'hypertension et la tachycardie. Ces signes sont moins fiables.



Étape 1a. Reconnaître la douleur



- Chez les patients qui peuvent parler, utilisez une échelle de la douleur graduée de 0 à 10 :
 - fiable et précise (référence) :
 - l'échelle visuelle analogique (EVA)
 - l'échelle des visages de Wong et Baker
- Chez les patients qui ne communiquent pas ou qui sont sous sédation, utilisez une échelle comportementale de la douleur :
 - score basé sur l'expression du visage, les mouvements physiques, la tension musculaire et la compliance pulmonaire sous ventilation :
 - Échelle comportementale de la douleur (BPS) et Outil d'observation de la douleur en soins critiques (CPOT)
 - Échelle Comfort-B.



Échelles de douleur



No Pain

Unbearable Pain

Pas de douleur

Douleur intolérable

Behavioral Pain Scale (BPS)

Item	Description	Score
Facial expression	Relaxed	1
	Partially tightened (e.g., brow lowering)	2
	Fully tightened (e.g., eyelid closing)	3
	Grimacing	4
Upper limb movements	No movement	1
	Partially bent	2
	Fully bent with finger flexion	3
	Permanently retracted	4
Compliance with mechanical ventilation	Tolerating movement	1
	Coughing but tolerating ventilation for the most of time	2
	Fighting ventilator	3
	Unable to control ventilation	4

BPS score ranges from 3 (no pain) to 12 (maximum pain).

Plus le score est bas, meilleure est la qualité de

Pourquoi les patients en soins intensifs sont-ils anxieux ?

L'anxiété

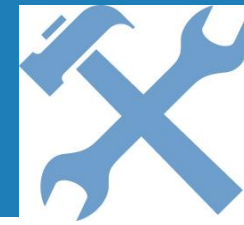
Les patients peuvent ressentir une peur, une nervosité ou une appréhension exagérée, et présenter une agitation ou une activité motrice accrue.

Ils peuvent aussi être hypoactifs et repliés sur eux-mêmes, méfiants, ou présenter un affect émoussé.

Conséquence de la pathologie primitive (sepsis) ou des soins (médicaments).



Étape 1b. Reconnaître l'anxiété



- L'échelle d'agitation-sédation de Richmond (RASS) est aussi facile à utiliser chez les adultes que chez les enfants (diapo suivante) :
 - notation en fonction de la réponse observée des patients aux stimuli verbaux ou douloureux :
 - mouvements du corps, ouverture des yeux, durée du contact visuel.
- Chez les enfants, on utilise souvent l'échelle Comfort-B :
 - notation en fonction des comportements du patient :
 - pleurs, tonicité faciale, tonicité musculaire, mouvements, vigilance, compliance pulmonaire sous ventilation.

Échelle RASS (ne nécessite que 20 secondes)

Score	Term	Description	
+4	Combative	Overtly combative, violent, immediate danger to staff	
+3	Very agitated	Pulls or removes tube(s) or catheter(s); aggressive	
+2	Agitated	Frequent non-purposeful movement, fights ventilator	
+1	Restless	Anxious but movements not aggressive vigorous	
0	Alert and calm		
-1	Drowsy	Not fully alert, but has sustained awakening(eye-opening/eye contact) to voice (>10 seconds)	} Verbal stimulation
-2	Light sedation	Briefly awakens with eye contact to voice (<10 seconds)	
-3	Moderate sedation	Movement or eye opening to voice (but no eye contact)	
-4	Deep sedation	No response to voice, but movement or eye opening to physical stimulation	} Physical stimulation
-5	Unarousable	No response to voice or physical stimulation	



Pourquoi les patients en soins intensifs présentent-ils un délire ?

Le délire

Les patients présentent une fluctuation de la conscience associée à une inattention et à une désorganisation de la pensée ou à une perturbation des perceptions qui se développe sur une courte période.

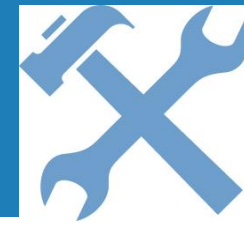
Trois types : hypoactif, hyperactif et mixte. La forme hyperactive est la moins fréquente mais la plus facile à diagnostiquer.

Conséquence d'une affection secondaire (douleur, tumeur intracrânienne primitive, hypoxémie, choc, infection, anomalies électrolytiques, perturbations du métabolisme, médicaments). Les benzodiazépines et le sevrage médicamenteux sont souvent les coupables.

Le délire est un facteur prédictif indépendant de décès.

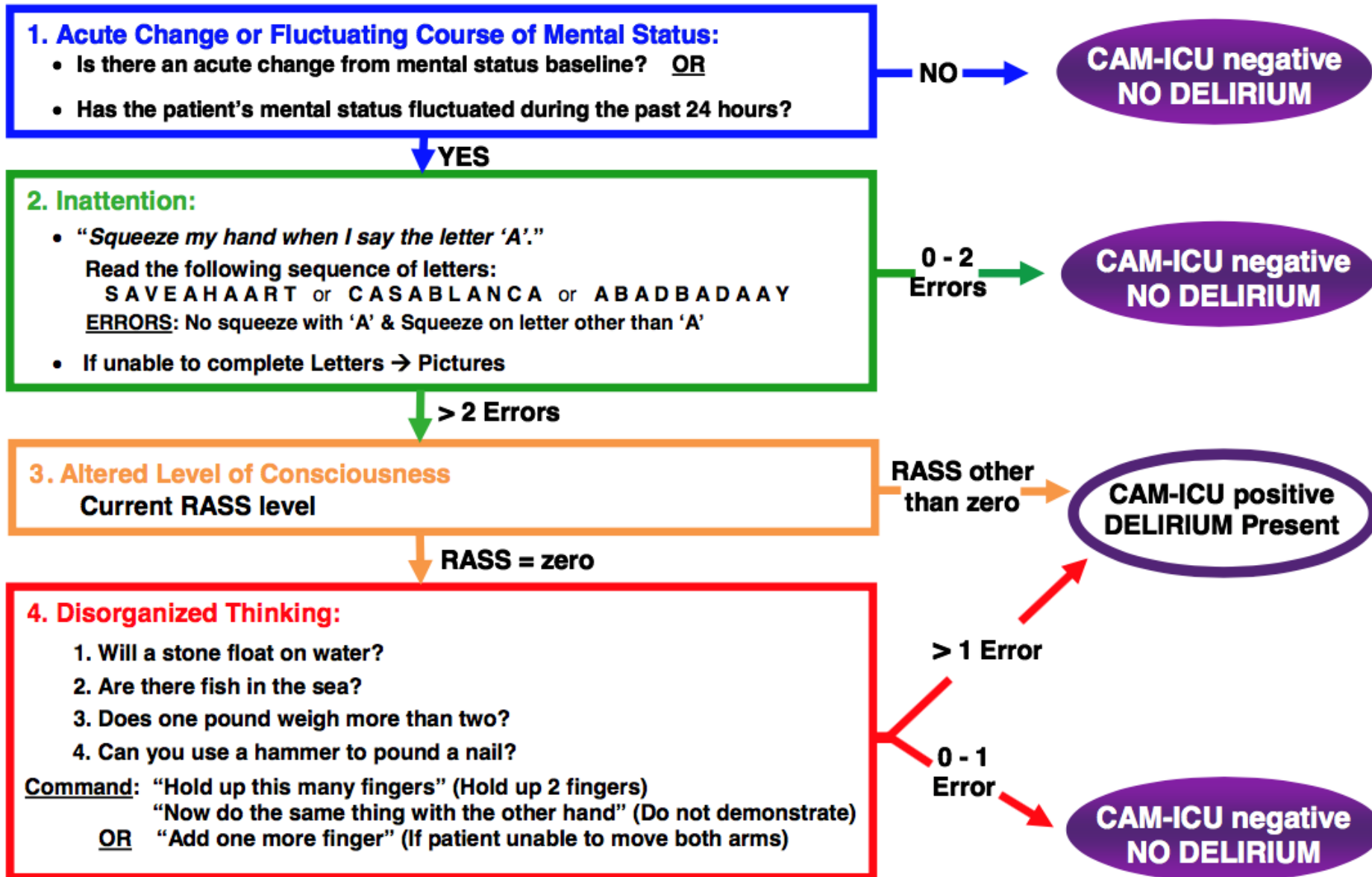


Étape 1c. Reconnaître le délire



- La méthode d'évaluation de la confusion CAM-ICU est un outil bien validé pour évaluer le délire chez l'adulte (CAM-ICU) et l'enfant de plus de 4 ans (pCAM-ICU).
 - Basée sur la présence de :
 - fluctuations de l'état mental
 - inattention
 - niveau de conscience
 - désorganisation de la pensée.

Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU) Flowsheet



Étape 2



World Health
Organization

HEALTH
EMERGENCIES
programme

Gérer d'abord la douleur (1/2)

- Une approche basée sur l'analgésie peut convenir à la plupart des patients en état critique et limiter la nécessité d'une sédation supplémentaire :
 - administrez une analgésie préventive pour atténuer la douleur avant les procédures invasives ou potentiellement douloureuses.
- Utilisez des opiacés pour traiter la douleur non neuropathique :
 - molécules couramment utilisées :
 - fentanyl, morphine, hydromorphone.
 - posologie :
 - commencez par une administration intermittente
 - envisagez des perfusions continues en fonction des besoins d'administration intermittente, ou si vous savez que le patient a des douleurs chroniques
 - évitez une sursédation.

Gérez la douleur en priorité (2/2)

- Optimisez les analgésiques non opiacés simples afin de minimiser la prise d'opioïdes et leurs conséquences nocives :
 - acétaminophène (paracétamol)
 - anti-inflammatoires non stéroïdiens (par ex. l'ibuprofène) chez certains patients, mais **pas** systématiquement chez les enfants de moins de 1 mois
 - solution de saccharose pour procéder à une analgésie chez les nouveau-nés.
- Chez les patients présentant une douleur neuropathique, envisagez aussi des médicaments pour traiter la neuropathie :
 - par ex. gabapentine, carbamazépine, amitriptyline.
- Pour les douleurs localisées, envisagez une anesthésie régionale ou des anesthésiques locaux.

Étape 3



World Health
Organization

HEALTH
EMERGENCIES
programme

Gérez l'anxiété (1/4)

- Fixez des objectifs de sédation quotidiens :
 - selon l'état clinique du patient, des plans de prise en charge
 - approuvés par l'équipe soignante.
- Pour la plupart des patients, ciblez **une légère** sédation pour garder le patient éveillé (0), calme (-1) :
 - à moins que ce soit cliniquement contre-indiqué.
- Administrez un sédatif afin d'atteindre le résultat de sédation ciblé :
 - utilisez systématiquement la dose la plus faible nécessaire afin d'atteindre l'objectif et réduire les effets secondaires nocifs.



Gestion de l'anxiété (2/4)

- Si possible, choisissez un sédatif à courte durée d'action :
 - une perfusion continue d'agents à très courte durée d'action :
 - du propofol chez les adultes mais pas chez les enfants de moins de 16 ans
 - dexmédétomidine (si disponible)
 - Les sédatifs entéraux sont généralement utilisés chez les enfants :
 - hydrate de chloral
 - triclofos
 - Administration intermittente de benzodiazépines à action rapide (par ex. midazolam)
- Solutions alternatives :
 - kétamine (si disponible)

Évitez une perfusion continue de benzodiazépines, car elle est associée à la prolongation des phases en IMV et à une augmentation des risques de délire.



Gestion de l'anxiété (3/4)

- Employez avec précaution les perfusions continues de benzodiazépines chez les patients ne pouvant pas recevoir d'agents à action rapide.
- Utilisez préférentiellement des perfusions à petite dose et titrez la dose minimale requise afin d'atteindre la valeur RASS cible.
- Si le patient a reçu trop de sédatif suite à une perfusion continue, procédez à des détectations quotidiennes via des tentatives de réveil spontané induit par l'interruption des perfusions de sédatifs (SAT).
- Il est **prudent** d'interrompre les narcotiques (tant que la douleur est contrôlée) et les sédatifs continus chez les patients dans un état critique, à l'exception de ceux en situation de :
 - crises d'épilepsie, sevrage alcoolique, agitation sévère, ischémie myocardique en cours, pression intracrânienne élevée ou ceux recevant des inhibiteurs neuromusculaires.

Gestion de l'anxiété (4/4)

- Si une SAT est effectuée :
 - surveillez de près le patient pour tout signe d'agitation, d'instabilité hémodynamique ou de détresse respiratoire
 - en cas de survenue de ces symptômes, reprenez la perfusion à $\frac{1}{2}$ de la dose précédente .
- Certains experts suggèrent une politique « sans sédation » sauf pour la boli de morphine à 2,5 - 5 mg selon les besoins :
 - peut être associée à une durée de respiration artificielle plus courte, un séjour plus court en USI et à l'hôpital, moins de délire
 - pas d'augmentation d'auto-extubation ou d'autres complications
 - dépendant considérablement du ratio personnel infirmier / patient.

Coordonnez la SAT avec une épreuve de ventilation spontanée (EVS). Lorsqu'elles sont combinées, les patients passent moins de journées en IMV et sont plus susceptibles de survivre au bout d'un an.



Étape 4



World Health
Organization

HEALTH
EMERGENCIES
programme

Gestion du délire (1/4)

- Traitez les affections médicales qui y contribuent.
- Interrompez les médicaments occasionnant un délire (par ex. benzodiazépines).
- Assurez une prise en charge adéquate de la douleur.

Le délire est un facteur de risque indépendant de mortalité au sein de l'USI et de déficience cognitive chez les survivants. Un dépistage et un traitement précoces sont adaptés. Cependant, les données d'essais cliniques concernant les traitements les plus efficaces font défaut.



Gestion du délire (2/4)

- Ayez recours à des interventions non pharmacologiques :
 - hygiène du sommeil :
 - protégez les cycles du sommeil du patient en contrôlant la lumière, en réduisant les bruits et les stimuli la nuit, en fournissant des masques de sommeil, des bouchons d'oreilles
 - regroupez les activités du patient.
 - Orientation :
 - réorientez le patient dans son environnement, réconfortez-le et encouragez les visites familiales, installez des objets qui lui sont familiers dans la chambre
 - offrez de l'aide visuelle, de l'aide auditive, la TV durant la journée, de la musique.
 - Mobilisation et exercices précoces.
 - Retirez les tubes et les dispositifs de retenue le plus tôt possible.

Étape 5



World Health
Organization

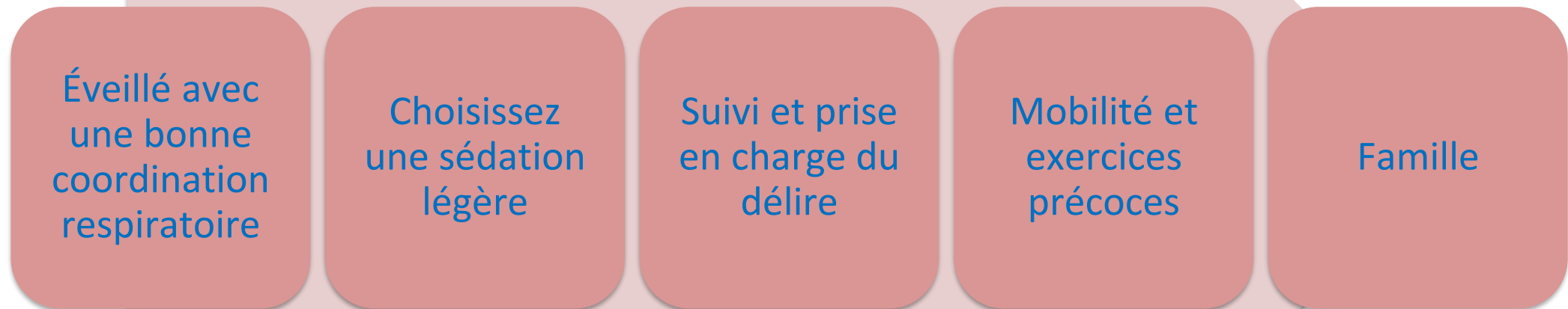
HEALTH
EMERGENCIES
programme

Facteurs particuliers à prendre en compte pour les patients atteints de SDRA sévère

- Chez les patients présentant un SDRA précoce et sévère, ciblez une sédation profonde (RASS -4, -3) afin d'optimiser la stratégie LPV :
 - l'état des patients atteints de SDRA sévère peut facilement se détériorer, avec peu de mouvements ou une légère ventilation asynchrone
 - ne sont pas de bons candidats pour une interruption de sédation.
- L'ajout à l'avance des inhibiteurs neuromusculaires pour le court terme (jusqu'à 48 heures) :
 - est associé à une réduction de la mortalité et une augmentation des jours sans défaillance d'organes
 - **est** pas associé à une faiblesse prolongée.
- Les inhibiteurs neuromusculaires doivent être utilisés en association avec des sédatifs continus qui provoquent une amnésie, et en association avec des analgésiques pour la douleur :
 - Les inhibiteurs neuromusculaires **ne provoquent pas** de sédation, d'amnésie ou d'analgésie.



DAD dans le contexte du paquet ABCDEF



Jours d'IMV, durée du séjour, délire, troubles cognitifs et invalidité sur le long terme et mortalité (plus d'informations dans le prochain diaporama).



Sites Web utiles

Pour accéder aux directives DAD, ainsi qu'à une documentation et des vidéos de formation supplémentaires, y compris des informations relatives aux paquets ABCDEF, veuillez visiter :
www.icudelirium.org



Résumé

- Mettez en œuvre une approche protocolaire de la prise en charge de la douleur, de l'agitation et du délire (DAD) pour améliorer les résultats chez le patient.
- Évaluez régulièrement les patients en utilisant des échelles reproductibles et normalisées (par ex. EVA, RASS, CAM-ICU).
- Dans un premier temps, traitez la douleur (avec des opiacés et des non opiacés) pour minimiser les effets néfastes des sédatifs.
- Ensuite, traitez l'anxiété en utilisant des sédatifs non-benzodiazépines (si possible) et ciblez une sédation **légère** pour la plupart des patients.
- Ayez recours à des interventions non pharmacologiques pour prévenir les risques de délire.

Remerciements

Contributeurs

Dr Charles David Gomersall, The Chinese University of Hong Kong,
Prince of Wales Hospital, Hong Kong, SAR, Chine

Dr Janet V Diaz, Consultante OMS, San Francisco, CA, États-Unis

Dr Neill Adhikari, Centre des sciences de la santé Sunnybrook, Toronto,
Canada

Dr Steve Webb, Royal Perth Hospital, Australie

Dr Satish Bhagwanjee, Université de Washington, États-Unis

Dr Kobus Preller, Addenbrooke's Hospital, Cambridge, Royaume-Uni

Dr Paula Lister, Great Ormond Street Hospital, Londres, Royaume-Uni

Dr Wes Ely Vanderbilt, University School of Medicine, Nashville, États-Unis