

Prise en Charge de la douleur en SSPI en chirurgie digestive

DAR Saint-Antoine, Service Pr M. Beaussier

COMMENT EVALUER LA DOULEUR EN SSPI ?

Reconnaître la douleur est déjà très important mais l'évaluation de la douleur est une étape essentielle et indispensable pour une prise en charge thérapeutique efficace

La simplicité doit primer dans cette phase où la communication est la plus difficile (sédation résiduelle, prothèses dentaires ou absence de lunettes)

Trois échelles apprécient globalement l'intensité de la douleur ou son soulagement à partir d'une auto-évaluation réalisée par le patient

EVS : échelle verbale simple (0 : douleur absente, 1 : douleur faible, 2 : douleur modérée, 3 : douleur intense ou très intense)

EN : échelle numérique permet de donner une note de 0 à 10 à leur douleur (0 douleur absente, 10 douleur maximale imaginable)

EVA : échelle visuelle analogique. L'EVA se présente sous forme de règle

Nous utilisons l'EN préférentiellement en SSPI (mesure simple, rapide, évalue l'évolution dans le temps et la réponse au traitement).

QUELS TRAITEMENTS ?

Le succès réside tout d'abord dans la prise en charge psychologique du patient, écouter, expliquer, échanger, installer confortablement le patient permet de diminuer son vécu douloureux. En SSPI, on commence par l'ablation de tout dispositif invasif non indispensable tel que la sonde gastrique après avis médical.

L'IDE applique des protocoles validés (DAR oct. 2001) sur prescription médicale écrite et signée.

Prise en charge des douleurs mineures. (EN < 3)

Le Paracétamol en administration systématique et anticipée au bloc opératoire de 1 g 45 mn avant la sortie du patient de la salle d'opération pour tous les patients quelque soit la chirurgie permet dans la majorité des cas d'avoir un EN < 3.

Prise en charge des douleurs modérée. (4 < EN < 7)

Elles se traitent par l'administration simultanée de paracétamol +/- AINS type profénid (1 mg/kg).

Le protocole **Contramal** : 100 mg en fin d'intervention ou sur 15 mn puis si EVA > 3 en SSP , nous renouvelons l'administration (100 mg).

L'administration anticipée de paracétamol 45mn avant la fermeture chirurgicale permet de diminuer les doses de morphine utilisée en titration IV en SSPI

Le protocole **Acupan** : 20mg en IVDL sur 1H 45 mn avant la fin d intervention.

Prise en charge des douleurs intenses EN > 7)

L'approche thérapeutique est multimodale dès le début de l'intervention chirurgicale. Elle combine :

- Antalgique périphérique
- Antalgique centraux
- Anesthésie loco-régionale.

Elle permet de diminuer les besoins de morphine IV en SSPI

Stratégie de morphine IV PCA / PCA dans les douleurs modérées et intenses

La Kétamine

La kétamine semble trouver une place comme analgésique, à faible dose en per opératoire : en bolus à l'induction de 0.1 mg/kg puis en entretien à la SAP pour des durées de chirurgies supérieures à 1 h à des concentrations de 1 mcg / kg /mn .

Lidocaïne

1,5mg/kg en IV en début d'intervention + perfusion continue (1mg/kg/h) jusqu'à la sortie de SSPI, sauf les patients qui vont en réanimation ou soins continus chez qui la perfusion est maintenue 48h

Indications : chirurgie digestive lourde, non possibilité de pose de KT cicatriciel ou de péridurale

Titration de Morphine IV

La titration en salle de réveil reste la référence de l'analgésie post op. immédiate.

Une fois le patient réveillé, nous réalisons une titration de morphine IV en fonction de l'EN. C'est une titration de 1 mg de morphine toutes les 5 mn pour atteindre un objectif EN minimal < 3

Lorsque l'objectif est atteint le relais par PCA est immédiat pour éviter la réapparition des douleurs avant la sortie de SSP .

La PCA (analgésie auto contrôlée)

Elle permet au patient de s'administrer lui-même des bolus de morphine à partir d'une pompe informatisée.

L'infirmière de SSPI programme la PCA avec les consignes thérapeutiques prescrites par l'anesthésiste, à savoir un bolus de 1 à 1.5 mg avec une période réfractaire de 7 à 10 mn (dose limite 20mg sur 4 h sauf cas particulier) .

Ces réglages sont standards mais adaptables au terrain (tare respiratoire) poids âge L'infirmière ré-explique

Surveillance : elle est fondée essentiellement sur la qualité de l'analgésie et de la recherche de l'apparition d'effets secondaires.

Le dépistage est essentiellement clinique et repose sur la surveillance de deux paramètres : l'évaluation de l'état de sédation du patient et la mesure de sa fréquence respiratoire. L'évaluation de la sédation se fait selon un score simple :

0 : pas de sédation

1 : patient somnolent, stimuable verbalement

2 : patient somnolent, stimuable tactilement

3 : patient non réveillable, comateux

La sédation est le premier signe de surdosage et ceci souligne un des intérêts du concept d'ACP : la sédation suffit à prévenir l'injection de bolus complémentaire par le patient.

■ :

- R0 : respiration régulière sans problème et fr >10
- R1 : ronflement et fr >10
- R2 : respiration irrégulière, obstruction, tirage
- R3 : pauses, apnées

La dépression respiratoire se définit par l'association d'une fréquence respiratoire < 10 mouvements/min avec un score de sédation > 2.

Conduite à tenir : arrêt de l'administration de tout morphinique.

administration d'oxygène,

Injection de 0.4 mg de Naloxone IV soit 10 mcg /kg chez l'enfant).

■

nausées, vomissements prévenus par l'administration systématique de droperidol dans toutes les PCA (2,5mg dans 50mg de morphine/50ml d'EPPI)

rétention d'urines

prurit.

Il faut également vérifier les paramètres de la pompe , noter la dose cumulée de morphine , le nombre de bolus demandés et effectivement reçus .

Toutes les informations (sédation, respiration, efficacité) sont notées sur la feuille de surveillance de SSPI (toutes les 15 mn pendant la première heure puis 1 fois/ heure pendant 2 heures puis toutes les 4 heures)

En salle d'hospitalisation les infirmières se basent sur le protocole existant (Pr M. Beaussier du 4/07/2009)

PCEA

L'analgésie péridurale (lombaire ou thoracique) contrôlée par le patient est indiquée dans la chirurgie thoracique abdomino pelvienne lourde.

Nous associons un anesthésique local : chirocaine 1.25mg /ml et un morphinique central Sufentanil (0.5mcg/ml).

Cette association est synergique et additive. Trois à quatre bolus de 3 à 5 ml à intervalles de 10 mn est fait en salle d'intervention 1 heure avant la fin du bloc.

Réglage des paramètres :

Bolus de 3 ml

Période réfractaire : 20 à 30 mn en fonction du terrain

Pas de dose maxi/4h

Surveillance :

Elle est identique à celle de la PCA mais en plus il faut surveiller la pression artérielle, la sensibilité et l'absence de bloc moteur des membres inférieurs, d'un globe vésical si le patient n'est pas sondé .Les paramètres sont consignés sur une feuille « spéciale » péridurale

La sortie de SSPI est autorisée par le médecin anesthésiste que lorsque le score est égal à 0 (score d'Adrete modifié)

KT-CICATRICELE

Mis en place, par le chirurgien, en peropératoire d'un cathéter multiperforé entre le péritoine et la couche musculo-aponévrotique.

Bolus initial réalisé par le chirurgien pour tester la perméabilité du cathéter de 10ml de Naropeine 2mg/ml puis raccordement en SSPI d'une pompe élastomérique (« biberon » de 500ml ou 240ml de Naropeïne 2mg/ml, débit de perfusion 10ml/h pendant 48 ou 72h)

Retrait fait par les IDE du secteur d'hospitalisation

Surveillance : standard, surveiller que le niveau baisse dans le bibéron (témoin du bon fonctionnement de la pompe)

Dans la plupart des cas une PCA morphine est associée (baisse de la consommation de 50%)