

*Surveillance, effets secondaires,
sevrage de la sédation*

Géraldine
POUTISSOU, Nadia
BOUAMARIA,
Christelle MIENNE
(Pole de
Neurochirurgie
Secteur de
Réanimation
CHRU de Lille)

**SURVEILLANCE, EFFETS SECONDAIRES, SEVRAGE
DE LA SEDATION**

PLAN

I. Introduction

II. Législation

III. Surveillance

- 1) Surveillance de l'efficacité / évaluation
- 2) Les outils de surveillance

IV. Effets secondaires

V. Le sevrage

- 1) Surveillance du réveil (surveillance neurologique, contention physique, risque algique)
- 2) Syndrome de sevrage
- 3) Particularité de la réanimation neurochirurgicale.
- 4) Questionnaire

VI. Conclusion

VII. Echange / Questions

I. INTRODUCTION

La sédation est l'ensemble des moyens médicaux ou non, destinés à assurer le confort physique et psychique du patient et à faciliter les techniques de soins.

L'indication d'une sédation doit comporter une analyse des besoins et la fixation d'objectifs précis en terme de qualité (analgésie, anxiolyse, ou sédation proprement dite), d'intensité (sédation légère ou profonde.....) et de durée...

SFAR SEPTEMBRE 2000

II. LEGISLATION

Code de la santé publique

Version du 1^{er} janvier 2008-01-30 Partie réglementaire

Quatrième partie : profession de santé

Titre Ier : profession d'infirmier ou d'infirmière

Chapitre Ier : Exercice de la profession

Section 1 : actes professionnels

Article R4311-2 :

Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade.

Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle :

.....

4) « de contribuer à la mise en œuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenu, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs ; »

Article R4311-5 :

Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivant visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage :

.....

19) « recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance :

température, pulsation, pression artérielle, rythme respiratoire, volume de la diurèse, poids, mensurations, réflexes pupillaires, réflexes de défense cutanée, observation des manifestation de l'état de conscience, évaluation de la douleur »

Article R4311-7 :

L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative datée et signée, soit

en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin :

...

5) « injection et perfusion, à l'exclusion de la première, dans ces cathéters ainsi que dans les cathéters veineux centraux et ces montages :...

Ces injections et perfusions font l'objet d'un compte rendu d'exécution écrit, daté et signé par l'infirmier ou l'infirmière et transcrit dans le dossier de soins ; »

Article R4311-8 :

L'infirmier ou l'infirmière est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin.

Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmier.

III. SURVEILLANCE

1) Surveillance de l'efficacité et évaluation

La surveillance de l'efficacité de la sédation se fait en fonction des objectifs de la sédation fixés par le médecin réanimateur.

Les objectifs sont :

- Améliorer le confort et la sécurité du patient (anxiété, stress)
- Analgésie et facilitation des soins, ex : pst d'un brûlé, pose d'une voie veineuse centrale
- Assurer une myorelaxation (curares) : pour faciliter la ventilation mécanique (ex : contexte de SDRA ou de mal asthmatique)
- Améliorer certaines perturbations physiopathologiques : ex le TC, le choc septique,....

Selon ces objectifs, le patient sera conscient ou non.

Médecins et infirmiers sont donc en étroite collaboration : l'anesthésiste fixe les objectifs à atteindre et l'infirmier évalue la sédation pour atteindre ces objectifs.

2) Les outils de surveillance :

Les échelles et score de surveillance :

- score de Cook et Palma (dérivé de Glasgow avec surveillance paramètres respiratoires)
- Ramsay : niveau 2-3= sédation légère, niveau 4-5 =sédation profonde

- S.A.S score : évaluation de l'agitation
- Echelle de Cambridge (dérivée de Ramsay adaptée au patient ventilé)
- Echelle de sédation de Richmond (R.A.S.S.)
- Analyse Bi-spectrale ou B.I.S. : technique dérivée de l'EEG
- Echelle de « confort scale » : utilisée en pédiatrie

3) **Questionnaire** :

Ces échelles sont souvent accompagnées d'un protocole, indiquant selon le score obtenu comment adapter les doses de sédation.

Un aperçu de ce qui se fait dans les différents services de réanimation (résultat d'une enquête auprès des infirmiers de différents service.)

4) **Particularités de la réanimation neurochirurgicale**

La sédation fait partie intégrante du traitement du traumatisé crânien grave.

Le but est alors d'avoir un patient totalement inconscient, les échelles précédemment évoquées ne sont pas utilisables.

Les infirmiers réalisent donc une surveillance clinique basée sur :

- surveillance neurologique : état de conscience, pupilles (réflexes photomoteurs, réflexes du tronc..), réflexes pharyngo-laryngés (toux, déglutition)
- surveillance de la motricité : spontanée, au stimuli douloureux,....
- Surveillance du tonus musculaire
- Surveillance des paramètres ventilatoires : patient adapté au respirateur, FR, pressions, volumes...
- Surveillance hémodynamique

5) **L'approche non médicamenteuse**

La prise en charge psychologique du patient est fondamentale. Tout doit être fait pour assurer le bien-être du patient et limiter son anxiété. Pour cela, il faut communiquer avec le patient, l'informer des soins réalisés. Mais aussi : respecter des temps de repos, rassembler les soins pour éviter va-et-vient dans la chambre, réduire au mieux les bruits.

IV. EFFETS SECONDAIRES DE LA SEDATION

Les effets secondaires dus à la sédation sont fonction de la durée de celle-ci et du type de médicaments utilisés. On retrouve :

dépresseur respiratoire : le patient sera mis sous ventilation mécanique.

Rôle IDE :

- surveillance SAO2

- surveillance de la fréquence respiratoire
- surveillance des paramètres de ventilation
- broncho aspiration
- sur prescription médicale : GDS, radio thorax

hypotension artérielle : (par vasodilatation et diminution du tonus sympathique.)

Rôle IDE :

- Surveillance hémodynamique TA, pulsations (monitorage)

On retrouve d'autres effets dus à l'alitement provoqué par la sédation, on peut parler d'effets indirects :

Stase digestive, iléus : rôle IDE : surveillance du transit.

Ulcération cornéenne : rôle IDE : soins des yeux (vitamine A, vitabact)

Thrombose veineuse : rôle IDE : surveillance des mollets (chaleur, douleur, rougeurs), administration sur prescription médicale d'HBPM

Escarres : rôle IDE : surtout préventif, avec une mobilisation du patient, soins de nursing, hygiène, dans le cadre d'une collaboration avec les AS, matelas adapté (nimbus, matelas à eau,....), nutrition.

Rétention urinaire : pose d'une sonde urinaire sur PM

Rôle IDE : surveillance de la diurèse

Prévention du risque infectieux en effectuant des soins de sonde.

Pneumopathies nosocomiales : se gèrent en collaboration

V. **SEVRAGE**

Le sevrage sera différent suivant le degré de conscience du patient, suivant l'importance et la durée de la sédation.

Le sevrage peut être progressif ou soudain.

1) **Surveillance du réveil**

La surveillance du réveil consiste en la surveillance d'apparition de signes de récupération de l'intégrité :

➤ **du SNC** : conscience, motricité, sensibilité

Se manifeste par une ouverture des yeux spontanée ou à la stimulation, réponse motrice aux ordres simples ou à la stimulation douloureuse, récupération des réflexes de toux, de déglutition....

Le réveil complet est atteint quand le patient présente une coordination motrice, une orientation temporo-spatiale et une récupération du tonus musculaire.

➤ **du SNA**: fonction respiratoire et cardiaque, thermorégulation, métabolique.

Surveillance des paramètres respiratoires : amplitude respiratoire, FR, signes d'hypercapnie (sueurs).

Surveillance cardiaque : tachycardie, bradycardie

La durée de la phase de réveil dépend de plusieurs facteurs :

- la durée de la sédation : quelques jours ? ou quelques semaines ?
- des raisons médicales ayant conduit à une sédation : choc anaphylactique ou septique ? Détresse respiratoire ? Trauma crânien ou rupture d'anévrisme ?
- des gestes médicaux ou chirurgicaux réalisés

L'infirmier doit également palier à certains risques pour le patient, induits par l'arrêt de la sédation :

- risque algique : surveillance des signes d'apparition de la douleur (faciès douloureux, agitation, tachycardie ...) ou si le niveau de conscience le permet, surveillance de l'E.V.A. Sur prescription médicale : patch antalgique ou mise en place d'une pompe P.C.A.
- risque de chute ou d'extubation : la sédation jouait le rôle de contention chimique qu'il faut remplacer par une contention physique (sur prescription médicale ou selon protocole de service).

2) Syndrome de sevrage

L'arrêt de la sédation peut parfois entraîner un syndrome de sevrage, mais qui n'est en aucun cas un syndrome de manque lié à une dépendance.

Il s'agit de diverses manifestations selon la molécule utilisée :

➤ ***Sevrage des benzodiazépines :***

Signes digestifs : nausées, vomissements, diarrhées.

Signes cardiovasculaires : tachycardie, H.T.A.

Signes neuropsychiques : anxiété, confusion, parfois risque comitial.

⇒ nécessite parfois la ré-introduction de benzodiazépine sous forme per-os, pour un sevrage plus progressif (ex : Temesta®)

➤ ***Sevrage des Morphiniques***

L'arrêt des morphiniques peut entraîner : de l'anxiété, une hypersécrétion lacrymale, troubles cardiovasculaires, agitation, insomnie, sueurs.

⇒nécessite parfois la ré-introduction des morphiniques, en dose ponctuelle par voie intra-veineuse lente.

➤ ***Particularité de la réanimation de patients ayant un traumatisme crânien grave :***

Pour diminuer certains signes de sevrage, on peut introduire des neuroleptiques. Ils ont un effet anti-hallucinoire, sédatif mais peu déprimeur respiratoire et limite l'agitation.

VI. conclusion

La sédation fait partie intégrante du traitement en réanimation en participant directement au traitement ou en assurant le confort du patient.

Le rôle infirmier est fondamental dans la mise en place du traitement et sa surveillance.

Références :

- Code de la santé publique, version janvier 2008.
- Complications neurologiques et musculaires de F.GOUIN et E. CORTES-DUTAU.
- Site Internet de la SFAR.
- Compte rendu des journées d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale d'Aquitaine.
- Recommandations pour la pratique clinique sédation, analgésie et curarisation en réanimation : SFAR 2000
- Sédation en réanimation : concept et pratique. 11eme conférence de Consensus en Réanimation et Médecine d'Urgence.