

 <p>Hôpitaux de Toulouse</p> <p>Comité de lutte contre la douleur</p>	<p>Procédure de gestion de la douleur et de l'anxiété de la crise drépanocytaire de l'adulte</p>	<p>Référence : CLUD 56 Version : V1 Date de diffusion Intranet : 2016</p>
--	--	---

Objet		
<p>Cette procédure a pour objet la prise en charge initiale de la douleur et de l'anxiété dans le cadre d'une crise drépanocytaire sévère de l'adulte</p>		
Domaine d'application		
<p>Cette procédure s'applique aux patients adultes présentant des douleurs lors d'une crise vaso-occlusive dans le contexte de la drépanocytose.</p>		
Personnes autorisées (à compléter par le responsable médical signant le protocole) en fonction des références réglementaires		
<p>A prescrire : <input type="checkbox"/> Médecins OU A entreprendre <input type="checkbox"/> IADE, <input type="checkbox"/> IDE, <input type="checkbox"/> Sages femmes, <input type="checkbox"/> Manipulateurs en électroradiologie, <input type="checkbox"/> Masseurs kinésithérapeutes</p>		
<p>A administrer :</p>		
<p><input type="checkbox"/> Médecins, <input type="checkbox"/> IADE, <input type="checkbox"/> IDE, <input type="checkbox"/> Sages femmes, <input type="checkbox"/> Manipulateurs en électroradiologie, <input type="checkbox"/> Masseurs kinésithérapeutes</p>		
Documents associés		
Références réglementaires		
<p>Article L.1110-5 du code de la santé publique (loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé)</p>		
<p>Décret N° 2004- 802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires du CSP et modifiant certaines dispositions de ce code)</p>		
<p>Article R4311-5 du Code de la Santé Publique (rôle propre infirmier)</p>		
<p>Article R4311-7du Code de la Santé Publique (rôle infirmier sur prescription médicale)</p>		
<p>Article R4311- 8 du Code de la Santé Publique (prise en charge de la douleur)</p>		
<p>Article R. 4311-12 du Code de la Santé Publique (IADE)</p>		
<p>Article R. 4311-14 du Code de la Santé Publique (protocoles de soins d'urgence)</p>		
<p>Article R4321-9 du Code de la Santé Publique (masseurs kinésithérapeutes)</p>		
<p>Article R4351-3 du Code de la Santé Publique (manipulateurs en électroradiologie)</p>		
<p>Circulaire n° 98/94 du 11 février 1999 relative à la mise en place de protocoles de prise en charge de la douleur aiguë par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes dans les établissements de santé et institutions médico-sociales</p>		
<p>Plan de lutte contre la douleur en vigueur</p>		
Rédaction, vérification et approbation		
	Fonction	Nom
Rédigé par	IADE - Médecins	ARROUZE S, DURRIEU MC, GAUDRE N, COUGOUL P, OLIVIER M
Vérifié par	CLUD groupe protocoles Direction des Soins	OLIVIER M
Diffusé par le CLUD le :		OLIVIER M, SALLERIN B.
Autorisation pour application et diffusion aux soignants médicaux et paramédicaux de la structure de soins		
Date :	Responsable médical de la structure de soins :	Nom et signature :

La drépanocytose est une maladie génétique de transmission autosomique récessive liée à une anomalie qualitative de l'hémoglobine et des chaînes de la bêta globine. Elle associe quatre grandes catégories de manifestations cliniques, liées :

- à l'anémie hémolytique chronique ;
- aux phénomènes vaso-occlusifs ; - à la susceptibilité à l'infection ; - à la thrombose.

La drépanocytose est une maladie chronique grave responsable d'une mortalité précoce et réduisant notablement la qualité de vie personnelle, sociale et familiale.

Les patients peuvent être en grande difficulté sociale, en conflit familial, professionnel (travail précaire et parfois inadaptation du poste de travail et absences répétées) ou scolaire (absences répétées, incompréhension des camarades de classe et du système scolaire) et sont de ce fait susceptibles de faire un plus grand nombre de crises. Des facteurs déclenchant peuvent favoriser l'apparition de la crise : infection, transfusion récente par allo immunisation, déshydratation, variation de température, apnée du sommeil, consommation de drogues, d'alcool, et de médicaments (stéroïdes), altération et troubles du sommeil, stress (lié au travail, aux études ou à l'environnement familial)... Ils doivent impérativement être recherchés et traités.

Complications

Des complications aiguës telles que **crises vaso-occlusives (CVO)**, **syndromes thoraciques aigus (STA)**, **priapisme** et **accidents vasculaires cérébraux (AVC)**, infection constituent des urgences vitales ou fonctionnelles imposant l'hospitalisation.

La crise vaso-occlusive osseuse constitue la manifestation clinique extrêmement douloureuse la plus fréquente. C'est la première cause d'hospitalisation en urgence en raison de l'apparition soudaine de douleurs articulaires ou osseuses très intenses. Elle doit être considérée comme la cause possible de graves complications.

Les priorités de la prise en charge thérapeutique

1- Prise en charge rapide et optimale de la crise douloureuse :

Les douleurs sont multiples, elles touchent le plus souvent les os longs, le rachis, le bassin, le thorax et l'abdomen.

Les crises douloureuses peuvent être fréquentes et cette répétition induit une diminution du seuil de sensibilité à la douleur avec des risques de plasticité neuronale pouvant évoluer vers une chronicisation de la douleur. L'évaluation régulière de la douleur est donc la base d'une prise en charge efficace. Elle peut être rendue difficile pour plusieurs raisons :

- doute sur la réalité de la douleur lié à la représentation soignante erronée de cette maladie chronique
- intensité de douleur importante sans lésion visible (ischémie) ;
- état d'hyperalgésie lié à la répétition de la douleur depuis l'enfance ;
- contexte anxieux induit par la douleur, la crainte du diagnostic et les conséquences socioprofessionnelles d'une nouvelle crise.

2- Prise en charge psychologique :

Du fait de la pathologie, les patients vivent toujours dans la peur de l'apparition d'une nouvelle crise. Chaque nouvelle crise est donc une source d'anxiété majeure pouvant évoluer vers l'angoisse et la dépression.

Des angoisses de mort liées la fulgurance et l'intensité de la douleur physique et morale, à la sensation d'abandon et à la possible perte d'un proche dans ce contexte de pathologie familiale peuvent survenir.

L'écoute, l'empathie et l'évaluation de l'anxiété sont donc primordiales. La prise en charge de cette anxiété permettra également d'éviter une majoration de la douleur.

3- Abord veineux :

L'importance des douleurs impose une prise en charge rapide justifiant des thérapeutiques de délai d'action court. La mise en place d'un abord veineux est donc indispensable.

Du fait de la chronicité de la pathologie justifiant des abords veineux répétés, le réseau veineux est souvent altéré compliquant la prise en charge. Il est déconseillé de rechercher une voie veineuse au niveau des membres inférieurs en raison du risque spécifique de thrombophlébite et d'ulcère. Dans ces circonstances, la pose d'une voie veineuse centrale peut être indispensable. La pose ultérieure d'un site implantable (type Port a cath) peut s'avérer nécessaire.

Si un site implantable est en place, il doit être utilisé d'emblée lors de la prise en charge du patient.

4- Prévention des facteurs aggravants :

Plusieurs facteurs peuvent aggraver la crise vaso-occlusive : froid, déshydratation, hypoxie, infection et insomnie. La prévention passe donc par :

- Pas d'exposition au froid y compris pendant les transferts intrahospitaliers, chauffage de la chambre, réchauffement du patient (couvertures et application locale de chaud)
- Hydratation +++ voie intraveineuse et orale
- Oxygénothérapie systématique avec un objectif $spO_2 > 97\%$
- Diagnostic et prise en charge médicamenteuse de toute infection - Prise en charge de tous troubles du sommeil

A NE PAS FAIRE !!

- Application de froid
- Corticothérapie
- AINS si problème infectieux
- Benzodiazépines (à discuter)
- Transfusion sans avis spécialisé
- Prescription de morphine ou morphiniques à domicile



Procédure de prise en charge de la douleur (accès veineux possible) dans le cadre d'une crise drépanocytaire sévère

A l'arrivée : Evaluation douleur, chaleur (réchauffement ambiant et local), prise en charge psychologique, analgésie multimodale, réhydratation+++ et oxygénothérapie

1 – **MEOPA** : débit à adapter à la ventilation du patient (+/- 6l/mn), si besoin jusqu'à 1 h au début de la prise en charge, Utilisation possible d'une valve autodéclenchante.

Double objectif : prise en charge de la douleur et facilitation pour l'accès à l'abord veineux.

Renouvelable 3 à 4 fois par jour.

- 2 – **PARACETAMOL** IV : 1 g toutes les 6 heures, en l'absence de contre-indication (allergie, insuffisance hépatique)
- 3 – **KETOPROFENE** (Profénid®) IV : 100 mg toutes les 8 heures dans 100 ml de NaCl 0,9 %, en l'absence de contre-indication (allergie, sepsis, insuffisance rénale, déshydratation, grossesse).
- 4 – **NEFOPAM** (Acupan®) IV : 20 mg dans 100 ml de NaCl 0,9 % initialement, puis relais PSE : 120 mg dans 48 ml par jour, débit 2ml/h, en l'absence de contre-indication (allergie, épilepsie non contrôlée, prostate)



Si **EVA > 60** ou **EN > 6** : Traitement par morphinique à mettre en place rapidement, choix de la molécule en fonction des traitements antérieurs du patient : **MORPHINE** ou **OXYCODONE** (Oxynorm®)



1- DOSE DE CHARGE

MORPHINE 0,1 mg/kg IVL +/- réinjection de 2 à 3 mg toutes les 5 mn pour EN \leq 3 en l'absence de contre-indication (allergie) ou

OXYCODONE (Oxynorm®) 0,05 mg/kg IVL +/- réinjection de 1 à 2mg toutes les 5 mn pour EN \leq 3 en l'absence de contre-indication (allergie)

Dose justifiant l'adjonction de la KETAMINE
 MORPHINE : 20 mg
 Oxynorm® : 15 mg

2- RELAIS SYSTEMATIQUE APRES DOSE DE CHARGE :

PCA MORPHINE ou OXYCODONE (Oxynorm®) en mode bolus seul selon la molécule utilisée pour la dose de charge (Cf protocole CLUD 18 V3)

- Bolus : 1 à 2 mg
- Période réfractaire : 5 à 7 mn
- Pas de dose maximum 4 heures

Ajouter dans la PCA **DROPERIDOL (Dropleptan®)** 2,5 mg/ 2ml à visée antiémétique en l'absence de contre-indication (allergie, allongement QT, hypo K+ ou hypoMg++, bradycardie, Maladie de Parkinson)

3- SURVEILLANCE CLINIQUE REGULIERE :

- EVA ou EN
- Echelle sédation (ES)
- Fréquence Respiratoire > 10/mn
- Absence de ronflement

0,1 mg/kg IVL +/- réinjection 0,05 mg/kg 15 à 20 mn après (Cf protocole CLUD 29) en l'absence de contre-indication (allergie, maladie hypertensive décompensée, porphyrie)

2- RELAIS SYSTEMATIQUE APRES DOSE DE CHARGE :

KETAMINE (Kétamine®) 50 mg/5ml à rajouter dans seringue Acupan® (soit Acupan® 120 mg + Kétamine Panpharma® 50 mg dans 48 ml par jour, débit 2ml/h)

3- SI KETAMINE INSUFFISANT :

AMITRIPTYLINE (Laroxyl®) 25 mg IVL dans 100 ml NaCl 0,9 % en 30 mn en l'absence de contre-indication (allergie, glaucome, prostate, infarctus myocarde récent, IMAO)

Patient non soulagé

1- MODIFIER PARAMETRES PCA :

Introduire un débit continu : 1 à 2 mg/h (ne pas dépasser 2 mg/h) et une dose maximum de départ 4h de 40 mg, à moduler



2- SURVEILLANCE CLINIQUE RAPPROCHEE :

Pendant 2 heures

Patient non soulagé par MORPHINE ou Oxynorm®

1- DOSE DE CHARGE KETAMINE (Kétamine)

Procédure de prise en charge de la douleur (accès veineux impossible) dans le cadre d'une crise drépanocytaire sévère

A l'arrivée : Evaluation douleur, chaleur (réchauffement ambiant et local), prise en charge psychologique, analgésie multimodale, réhydratation+++ et oxygénothérapie

1 – **MEOPA** : débit à adapter à la ventilation du patient (+/- 6l/mn), si besoin jusqu'à 1 h au début de la prise en charge.

Utilisation possible d'une valve autodéclenchante.

Double objectif : prise en charge de la douleur et facilitation pour l'accès à l'abord veineux. Renouvelable 3 à 4 fois par jour.

2 – **PARACETAMOL** Per Os : 1 g 4 fois par jour, en l'absence de contre-indication (allergie, insuffisance hépatique)

3 – **KETOPROFENE** (Biproférid LP®) Per os : 100 mg 2 fois par jour en l'absence de contre-indication (allergie, sepsis, insuffisance rénale, déshydratation, grossesse).

4 – **NEFOPAM** (Acupan®) Per Os : 20 mg sur un sucre 4 fois par jour en l'absence de contre-indication (allergie, épilepsie non contrôlée, prostate)



Si **EVA > 60** ou **EN > 6** : Traitement par morphinique à mettre en place rapidement, choix de la molécule en fonction des traitements antérieurs du patient : **MORPHINE** ou **OXYCODONE** (Oxynorm®)



1- DOSE DE CHARGE

MORPHINE (Actiskénan®) ou **OXYCODONE** (Oxynorm Oro®) **0,3 mg/kg** Per Os en l'absence de contre-indication (allergie)

Si insuffisant au bout de 45 mn, ajouter Actiskénan® 5mg ou Oxynorm Oro® 5mg renouvelables 4 fois maximum pour objectif EVA < 30 ou EN < 3

(Cf CLUD 16)

2- RELAIS SYSTEMATIQUE APRES DOSE DE CHARGE :

Calculer la dose totale d'Actiskénan® ou Oxynorm Oro® prise sur les 4 premières heures qui déterminera la dose à administrer secondairement toutes les 4 heures

3- SURVEILLANCE CLINIQUE REGULIERE :

- EVA ou EN
- Echelle sédation (ES)
- Fréquence Respiratoire > 10/mn
- Absence de ronflement

Patient non soulagé par Actiskénan® ou Oxynorm Oro®

1- AMITRIPTYLINE (Laroxyl®) Per Os, 25 mg 3 fois par jour

2- SI PATIENT TOUJOURS NON SOULAGE, PREVOIR UNE VOIE D'ABORD VEINEUSE CENTRALE

Surveillance dans le cadre du protocole

La surveillance est essentiellement **clinique**. Elle doit être **régulière, rigoureuse** et **tracée** dans le dossier de soins. Elle sera d'autant plus étroite s'il y a association de molécules à effet central susceptible de potentialiser l'effet dépressur respiratoire des opiacés ou en raison de la personnalité addictive du patient.

Surveillance des traitements opiacés

1 - Efficacité analgésique

EN ou EVA tous les ¼ heures initialement puis toutes les heures

2 - Tolérance du traitement :

Echelle de sédation (ES)

- 0 : patient éveillé
- 1 : patient somnolent répondant aux stimulations verbales
- 2 : patient somnolent répondant aux stimulations tactiles 3 : patient non stimuable

Paramètres respiratoire > 10 cycles / mn
absence de ronflements

3- Surveillance de l'apparition d'effets indésirables

Nausées, vomissements
Constipation (dès la 48 h de traitement)
Rétention d'urine Prurit

4- En cas d'effet indésirable :

- Dépression respiratoire : administrer Naloxone (Narcan®) Cf CLUD 7 -
- Autres effets secondaires : Cf CLUD 19

Surveillance des traitements par kétamine Panpharma® ou Laroxyl®

1 - Efficacité analgésique

EN ou EVA toutes les ¼ heures initialement puis toutes les heures

2 - Tolérance du traitement :

Echelle de sédation (ES)

3- Surveillance de l'apparition d'effets indésirables

- kétamine® : Hallucinations, nausées, vomissements
- Laroxyl® : Effets anticholinergiques avec sécheresse de la bouche, constipation, tachycardie, sueurs, hypotension orthostatique

CAT devant un échec de prise en charge et apparition de signes de gravité

Face à une situation d'échec de l'analgésie :

- Mise en place d'un traitement médical plus lourd nécessitant une surveillance monitorisée dans une unité spécialisée (déchocage)
- Rechercher les facteurs de gravité,

Signe de gravité chez un patient adulte drépanocytaire (HAS 2010)

- Tout signe de gravité respiratoire
- Tout signe neurologique ou altération de la conscience
- Fièvre 39
- Signes d'intolérance d'une anémie aiguë
- Signes de défaillance hémodynamique
- Défaillance viscérale connue
- Description par le patient du caractère inhabituel de la crise

NB : La grossesse constitue une situation à risque

La complication grave de la crise drépanocytaire qu'il faut savoir dépister est le Syndrome Thoracique Aigu :

Signes cliniques initiaux :

- Toux
- Fièvre
- Dyspnée aiguë - Expectoration
- Douleur thoracique

Signes cliniques de gravité :

- FR 30/mn ou FR 10/mn en l'absence de surdosage médicamenteux
- Respiration superficielle
- Difficulté de parole
- Troubles de la conscience