

Ecole Régionale d'Infirmiers Anesthésistes

UFR Santé

ETUDE D'UNE PROBLEMATIQUE DOULEUR

*EVALUATION ET
PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR CHEZ LE BRULÉ GRAVE*

**Travail présenté par *PICHAULT Christian*
Promotion 2012-2014**

Sous l'expertise du Dr P. JAULT (anesthésiste C.T.B. PERCY)

Année universitaire : 2013-2014

TABLE DES MATIERES

1- INTRODUCTION.....	page 1
2 -PRESENTATION DE L'UNITE.....	page 2
3- LA DOULEUR CHEZ LE BRULE.....	page 3
4- COMPOSANTES DE LA DOULEUR.....	page 4
5- EVALUATION DE LA DOULEUR.....	page 5
6- PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR.....	page 7
7- CONCLUSION.....	page 9
8 - BIBLIOGRAPHIE.....	page 10
9 – ANNEXES.....	page 11

1 - INTRODUCTION

Du 12 novembre au 11 décembre 2013, j'ai pu réaliser mon stage de chirurgie spécialisée au sein du Centre de Traitement des Brûlés de l'H.I.A. PERCY, à Clamart (92).

Cette période a été l'opportunité de découvrir un domaine de soins s'exerçant au profit de personnes victimes d'un puissant et durable traumatisme, atteignant dans tout leur être. La brûlure atteint et modifie en profondeur le physique, la physiologie, la psychologie de l'individu. L'évolution ultérieure, à distance du traumatisme initial, est longue, lente, et difficile. Le « Brûlé » représente presque, à bien des égards, un « terrain » spécifique en soi.

En découvrant le monde du traitement des brûlés, tout soignant prend immédiatement la mesure d'un élément continu, qui s'impose à l'évidence depuis le début immédiat des lésions du blessé jusque bien après la cicatrisation, parfois des mois ou des années durant : la douleur. Celle-ci est indissociable du traumatisme. Vécue immédiatement, de manière constante, son caractère inutile et délétère constitue un des axes majeurs du traitement et l'enjeu quotidien des équipes soignantes.

Comment cette douleur est-elle évaluée ? Quelles sont les modalités de sa prise en charge ? De quelles drogues dispose t'on pour lutter contre ? Comment mesurer l'efficacité du traitement ? Autant de questions que je me suis posées au cours de mon stage, et qui vont constituer la trame de ma recherche sur « **la prise en charge de la douleur chez le grand brûlé** ».

2 - PRESENTATION ET MISSIONS DE L'UNITE

L'H.I.A. PERCY a ouvert ses portes le 05 février 1996. Etablissement militaire, il dépend du Ministère de la Défense. Participant au service public hospitalier, il accueille également, outre les personnels militaires, la population civile au même titre que tout hôpital civil. Son activité est analogue à celle de toute structure hospitalière.

Le C.T.B., implanté au sein de l'H.I.A. PERCY, est un pôle de renommée internationale. Il est spécialisé dans la prise en charge du brûlé grave, quelque soit l'agent vulnérant à l'origine de la lésion (thermique –flamme, liquide-, électrique, chimique ou radiologique). Il est en mesure d'accueillir des victimes 24H/24. 19 autres structures similaires existent et sont disséminées sur l'ensemble du territoire métropolitain (4 d'entre elles sont exclusivement spécialisés en pédiatrie) ¹

Au niveau -0 se situent les consultations externes. Ici sont revues les personnes qui ont été traitées et hospitalisées au C.T.B et dont l'évolution des lésions a permis, à terme, leur retour à domicile, avec suivi à distance de manière périodique par l'un des médecins du service.

Le niveau -1 regroupe le secteur hospitalisation, avec 2 blocs opératoires et 18 chambres d'hospitalisation (dont 8 de réanimation). Particularité de cette unité, elle est disposée autour d'une serre tropicale, offrant ainsi aux patients et aux soignants un espace visuel qui permet de « s'échapper » quelque peu de l'ambiance confinée de l'unité. La température constante des chambres, oscillant entre 27°C et 35°C, permet cette singularité.

L'équipe médicale se compose de 4 anesthésistes-réanimateurs du S.S.A., placés sous la responsabilité du Pr BARGUES, anesthésiste, Chef de Service. Ils sont secondés par 2 internes en anesthésie

L'équipe para-médicale comprend journallement 1 I.A.D.E. affecté au bloc, et 1 ou 2 I.A.D.E. en charge des pansements en chambre. Hors présence des I.A.D.E. du C.T.B., 1 I.A.D.E. d'astreinte est susceptible d'intervenir à tout moment. Ces personnels sont placés sous la responsabilité d'un cadre de proximité, lui-même chapeauté par Me MANDAROUX, Cadre Supérieure de santé.

Notons enfin que d'autres acteurs interviennent auprès du brûlé, tout au long de son séjour : masseurs-kinésithérapeutes, psychologue, assistante sociale si besoin est.

¹ Les critères de définition de la brûlure grave et des conditions d'admission dans un C.T.B. sont disponibles sur le site : [http:// :www.sfetb.org](http://www.sfetb.org) (Société Française d'Etude et de Traitement des Brûlures)

Les missions dévolues à cette unité sont donc multiples :

- Accueil des urgences
- Réalisation quotidienne de pansements en chambre
- Soins courants de réanimation
- Préparation et aide pour les actes médicaux
- Prise en charge au bloc opératoire des brûlés en phase aigüe et séquellaire

3 - LA DOULEUR CHEZ LE BRULE

La douleur chez le brûlé constitue un volet à part entière de la prise en charge du patient ; Elle a, paradoxalement, fait l'objet d'assez peu d'études, si l'on s'en réfère aux publications ayant eu lieu au cours des 40 années passées. Ainsi, il n'existe pas de consensus clair existant d'un C.T.B. à un autre, et son traitement repose sur l'expérience et le savoir-faire propre de chaque équipe soignante. La douleur représente donc toujours une difficulté quotidienne pour les thérapeutes, par son caractère polymorphe :

- **son intensité**, imposant d'emblée le choix d'un morphinique pour soulager le patient ;
- **sa variabilité**, variable d'un patient à l'autre, et chez le patient lui-même au fil du temps et de l'évolution des lésions ;
- **sa persistance**, puisque le brûlé reste algique longtemps après la survenue de l'accident initial, jusqu'après un stade avancé de la cicatrisation.

Sur le plan physiopathologique, la douleur liée à la brûlure est un excès de nociception (par opposition à la douleur neuropathique, bien que celle-ci puisse se retrouver ultérieurement chez le brûlé) ; Un phénomène d'hyperalgésie se développe (un stimulus algogène qui se déclenche est ressenti par le patient de manière majorée, avec une intensité douloureuse accrue, par rapport à ce qui devrait être). Physiologiquement, cette stimulation douloureuse est due aux fibres nociceptives Aδ et C.

Cette hyperalgésie de la brûlure, décrite suivant sa localisation comme **primaire** (si elle siège au niveau de la lésion) ou **secondaire** (à distance de la lésion), revêt , selon son mécanisme, deux formes possibles :

- **périphérique** : sensibilisation au niveau de la brûlure des nocicepteurs cutanés des fibres A et C (conséquence de l'inflammation qui se déclare rapidement après survenue d'une brûlure) ; Dans cette situation, le seuil de réponse à la douleur des récepteurs encore présents est abaissé. Conséquence immédiate, tout contact avec un agent chimique (ex : antiseptique) , mécanique (contact) ou thermique génère une douleur.

- **centrale** : exacerbation au niveau du SNC de la transmission des stimuli douloureux jusqu'au cortex. Deux aspects sont clairement identifiés :

► le concept de « **WIND-UP** » : il s'agit d'une « facilitation » de transmission du message douloureux entre le premier et le deuxième neurone situé dans la corne dorsale de la moelle, liée aux stimulations répétées (pansements, etc...) sur des tissus lésés hyperalgiques. Ce phénomène implique les récepteurs NMDA, dont nous reparlerons plus tard.

► L'effet « **pro-nociceptif** » des morphiniques. Il est connu maintenant de manière relativement récente que les morphiniques, largement utilisés chez le brûlé comme antalgique de choix, peuvent aussi paradoxalement – via les récepteurs NMDA – entraîner des douleurs chez le patient traité, en actionnant des contrôles descendants facilitateurs.

Pour compléter le tableau clinique et la présentation sommaire du patient brûlé grave, précisons qu'il existe un syndrome inflammatoire immédiat post-brûlure appelé **S.I.R.S.** Ainsi, comme dans tout état inflammatoire, le patient présentera une tachycardie permanente « de base ». Cet état inflammatoire va retentir sur l'ensemble de l'organisme, affectant parfois très sévèrement des organes vitaux, avec mise en jeu du pronostic vital. Ce S.D.M.V. (syndrome de défaillance multi-viscéral) affecte les reins (insuffisance rénale aigüe), les poumons (œdème pulmonaire), le cœur et le foie, et perdurera des jours durant.

4 - COMPOSANTES DE LA DOULEUR

Deux formes fondamentales de la douleur chez le brûlé ont été identifiées. Elles sont bien différenciées, et font l'une et l'autre l'objet d'une approche antalgique différente par le praticien.

La douleur continue est une douleur qui existe à l'état basal chez le patient, sans aucune stimulation d'aucune sorte ; elle est homogène dans le temps, et peut cependant être parfois exacerbée par des pics douloureux, lors des gestes de la vie quotidienne, par exemple. Elle est due à la brûlure, mais peut également être provoquée à la suite de prises de greffes cutanées, par exemple.

La douleur liée aux actes thérapeutiques. Les soins prodigués, à intervalles réguliers, déclenchent ces douleurs. Il s'agit notamment des pansements, qui peuvent être réalisés en chambre. Ces périodes pouvant générer des douleurs terribles sont réalisés sous anesthésie préalable dite « vigile » (abolition de la douleur pour le patient, avec maintien concomitant de la ventilation spontanée). D'autres soins (kinésithérapie, nursing) peuvent aussi être des moments éprouvants en terme de douleur pour le patient.

Notons enfin que le brûlé n'est pas « tiré d'affaire », même après la phase de cicatrisation. Un phénomène de prurit peut s'observer dans la phase post-cicatricielle, assimilable à de véritables douleurs par les patients, de par leur intensité. C'est à ce stade de prise en charge que se voient les douleurs neuropathiques décrites par les patients (sensation de brûlure, élancements brefs mais majeurs, etc...)

5 - EVALUATION DE LA DOULEUR

Il faut distinguer plusieurs cas dans la situation des personnes hospitalisées

- la personne est consciente, peut communiquer et estimer elle-même sa douleur à la demande du soignant (**auto-évaluation**, situation idéale) ;

- la personne est consciente, mais son état physique rend extrêmement compliqué (voire impossible) tout échange verbal avec autrui (exemple : patient trachéotomisé, immobilisé par de multiples pansements sur l'ensemble du corps interdisant tout mouvement,...). Dans cette configuration, c'est le soignant lui-même qui devra coter la douleur du soigné. On parle **d'hétéro-évaluation**.

- la personne est inconsciente, lourdement sédaturée (parfois curarisée). La cotation de la douleur est non-évaluable dans ce cas présent.

L'auto-évaluation est réalisée au moyens d'échelles connues et utilisées dans la plupart des établissements de santé : ce sont **I'E.N.** (Echelle Numérique), ou **I'E.V.A.** (Echelle Visuelle Analogique).

L'hétéro-évaluation, incombant au soignant, s'appuie sur deux scores :

- Le **score de Ramsay** (annexe 1..) Il permet d'évaluer le degré de sédation ; Il est divisé en 6 items, cotés de 1 (patient anxieux, agité) à 6 (absence de réponse quand stimulation).

- Le **Behaviour Pain Scale** (annexe 2.); C'est une échelle de douleur. Elle est composée de 3 critères d'appréciation, chiffré chacun sur une échelle de 1 à 4.

Pour affiner cette cotation, ces deux scores sont appliqués conjointement au CTB PERCY. Pour mémoire, notons qu'il existe une échelle mixte, qui pourrait être utilisée, dénommée **ATICE** (Adaptation To Intensive Care Environment -annexe.....-) associant analgésie et état de conscience.

Les I.A.D.E. en poste au C.T.B. pratiquent tous les jours cette évaluation auprès des patients, au même titre que leurs homologues infirmiers. L'évaluation est faite en chambre, avant la réalisation des pansements, puis tout au long de la réalisation celui-ci, pour maintenir une bonne qualité d'analgésie. Enfin, avant de quitter la chambre, l'I.A.D.E. s'assurera une dernière fois que le patient ne soit pas algique à l'issue des soins. A titre préventif, et ce dans le cadre de l'analgésie multi-modale, l'I.A.D.E. pourra mettre en route-juste avant la phase de début du pansement – un antalgique palier I type paracétamol.

En pratique quotidienne, il est difficile d'évaluer la douleur pour le patient incapable de s'exprimer de lui-même. L'équipe médicale veille à ce que les patients bénéficient d'antalgiques palier III (morphine, ou morphino-mimétiques), de manière à « couvrir » la douleur, être « au-dessus ».

On sait qu'un patient douloureux présentera une réaction du système sympathique, se traduisant cliniquement par une augmentation de sa pression artérielle et de sa fréquence

cardiaque. Tant au bloc opératoire qu'en chambre, le I.A.D.E. s'appuie sur ces valeurs pour analyser et, *in fine*, assurer l'analgésie du patient. Ces deux indices sont de précieux indicateurs pour ajuster au mieux le traitement antalgique reçu.

Mais comme nous l'avons vu, la tachycardie chez le brûlé est à relativiser, puisqu'elle fait partie du tableau clinique de base de son état physio-pathologique.. La fiabilité de cet élément est à nuancer. Il serait alors peut-être intéressant de pouvoir bénéficier d'une aide supplémentaire dans l'anticipation de la douleur.

A ce sujet, un nouveau moniteur d'analgésie a récemment vu le jour et est en cours d'application au sein de différentes unités hospitalières. Baptisé **A.N.I.**², ce moniteur s'appuie sur le calcul de puissance de la boucle réflexe para-sympathique, pour évaluer le degré d'absence de douleur du sujet. Ce moniteur pourrait être une aide supplémentaire, alternative, pour apprécier au mieux la qualité d'analgésie, dans la mesure où le patient lui-même est dans l'incapacité d'exprimer sa douleur. De cette façon, l'équipe soignante disposerait d'un outil objectif de mesure de la douleur. Partant de ce constat, l'anesthésiste est à même d'affiner encore mieux sa prescription, principalement en ce qui concerne les antalgiques de palier III.

Quel bénéfice l'anesthésiste et le patient peuvent-ils en retirer ? Nous avons vu que la sévérité des douleurs du brûlé imposait d'emblée le recours aux morphiniques, et ce au long cours. L'effet « pro-nociceptif » (défini *supra*) implique que le morphinique, via les récepteurs N.M.D.A., développera sur le long terme chez le patient des douleurs liées à son emploi. En se basant sur un recueil monitoré fiable d'un indice de douleur, l'anesthésiste pourrait ajuster sa prescription en limitant au juste nécessaire la dose de morphinique.

Le monitoring s'effectuant en continu, en temps réel, on voit ainsi la réactivité que l'équipe médicale (ou para-médicale) peut en retirer. Ainsi, le I.A.D.E. assurant le pansement en chambre pourrait, sur prescription protocolée, adapter la posologie du morphinique délivré au pousse-seringue électrique, en fonction de l'indice de douleur.

En contrôlant au plus près la prescription de morphiniques, on essaie aussi – autant que faire se peut- de limiter la survenue du phénomène d'accoutumance tel qu'il peut se voir chez les patients traités au long cours par de la morphine. Ce serait un gain indéniable pour le patient brûlé dans son futur.

Bien sûr, cet appareil connaît des limites à son fonctionnement, eu égard notamment aux produits que reçoit le patient, susceptibles de fausser les données. Mais il reste intéressant de pouvoir suivre l'évolution de cet appareillage et de ses éventuelles applications chez le brûlé.

² site internet : <http://www.mdoloris.com>

6 - PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

Le concept d'analgésie multi-modale, visant à employer plusieurs molécules antalgiques pour optimiser l'analgésie du patient et restreindre les quantités de morphiniques utilisées, est en pratique clinique quotidienne difficile à mettre en œuvre chez le brûlé. Comme vu précédemment, la physiologie du brûlé grave, (le **S.D.M.V.**) contre-indique assez fréquemment l'usage de substances d'emploi courants :

- le **NEFOPAM** (tramadol®, contramal®) présente un risque de tachycardie inacceptable pour le patient, au nombre de ses effets indésirables ;
- le **PARACETAMOL** (prodafalgan®) , métabolisé par le foie, peut compromettre une fonction hépatique précaire, déjà fortement altérée ;
- les **A.I.N.S.** (profénid®,...) sont potentiellement délétères sur le rein déjà fragilisé du brûlé ;

Lors de mon début de stage, il m'est arrivé d'administrer au patient en chambre, avant le début de son pansement, 1 gramme de paracétamol. La durée moyenne d'un pansement étant d'une heure, le paracétamol prenait plein effet juste en fin de pansement, assurant le relais des drogues analgésiques injectées pendant le soin.

L'une des thérapeutiques « phare » pour traiter les brûlés est l'utilisation de chlorhydrate de KETAMINE (**KETALAR®**) Cet anesthésique non-barbiturique est connu et utilisé depuis plus de quarante ans. Utilisable aussi bien en sédation, hors bloc, en prévision d'actes douloureux, qu'en anesthésie générale au bloc opératoire, ce produit permet d'éviter de compromettre l'état hémodynamique d'un patient instable, tout en assurant une très bonne analgésie de surface (d'où l'intérêt pour les pansements itératifs chez le brûlé).

Plus récemment, depuis quelques années, son usage s'élargit dans le monde de l'anesthésie, en raison des vertus anti-hyperalgésiques qui lui ont été découvertes.

J'ai ainsi eu l'occasion de pouvoir prendre en charge au bloc du CTB PERCY plusieurs patients de réanimation traités par KETAMINE intra-veineuse. C'est le cas de Mr R...D Mike, un homme de 26 ans brûlé à 74% de sa surface corporelle. Admis au CTB le 03 novembre 2013, il passe au bloc opératoire de manière récurrente pour traiter ses lésions. Avec des doses horaires d'environ 300 MG/H (pour un poids corporel de 60KG, soit un ratio de 5 MG/KG), et en association avec une benzodiazépine qui potentialise la sédation et prévient les effets psycho-dysléptiques de la kétamine, on se situe bien au-delà des préconisations habituelles pour l'anesthésie hors « terrain brûlé ». Rappelons l'état d'hyper-métabolisme particulier du brûlé, qui interfère avec la pharmacocinétique des produits reçus.

On ne peut parler des multiples interventions chirurgicales subies par les patients , sans évoquer la notion d'hyperalgésie et de risque de chronicisation de la douleur. La stratégie thérapeutique actuelle dans les blocs consiste, justement, à donner préventivement de la kétamine intra-veineuse aux patients opérés pour contrecarrer tout phénomène hyperalgésique. Certains patients opérés, hospitalisés au CTB (cas de l'homme mentionné plus haut) sont déjà placés sous kétamine à fortes doses, en continu.

Je me suis posé la question suivante, concernant Mr R....D : traité par des doses massives de kétamine, la molécule conservait-elle encore aussi un effet anti-hyperalgésique ? Se posait la question des douleurs résiduelles au décours de son hospitalisation (puisque vraisemblablement, ce patient continuera d'être traité et ré-opéré au CTB PERCY après avoir quitté l'unité, dans le cadre normal de son suivi).

Cette question m'est venue à l'esprit après avoir suivi une patiente venue aux consultations externes pour sa consultation pré-anesthésique. Il s'agit de Mme G....E Christelle, vue par le Dr T. L.....C, anesthésiste.

. Cette femme de 35 ans allait subir sa vingt-deuxième intervention chirurgicale, une chirurgie plastique de sa paupière droite; Victime d'une agression par son ex-conjoint qui l'a aspergée d'acide sulfurique voici 5 ans, cette personne a été brûlée aux 2 et 3^{ème} degrés sur le visage et le haut du thorax. Les lésions du 3^{ème} degré ne cicatrisant jamais spontanément, les plasticiens pratiquent une technique d' « excision-greffe », prélevant sur une zone saine une épaisseur de peau variable (peau « pleine » le plus souvent pour des régions exposées, à des fins esthétiques plus acceptables), afin de greffer dans le même temps cette surface sur la zone lésée.

Cette dame confiait donc à l'anesthésiste que ces prises de greffe lui avaient occasionné de terribles douleurs post-opératoires, pendant des mois après les interventions. Ces douleurs n'étaient calmées que par les prises de morphiniques (ACTI-SKENAN®). Elles suivait aussi par ailleurs un traitement anti-dépresseur, comprenant notamment une benzodiazépine (ALPRAZOLAM), traitement qu'elle prenait antérieurement à son agression – faut-il le préciser -.

Quand on connaît la problématique de prise de morphiniques (tel l'ACTI-SKENAN®) par cette patiente, sur le long cours, avec le risque d'auto-entretien des crises douloureuses qu'elle connaît (ainsi que le risque d'accoutumance également non négligeable), on mesure l'acuité du problème et le cercle vicieux dans lequel cette patiente peut être entraînée. Il pourrait être judicieux de ré-examiner sa situation en consultation « douleur » pour un éventuel ré-équilibrage des médicaments prises. Les anti-dépresseurs (qu'elle prenait déjà avant) sont une des pistes aujourd'hui proposées par les thérapeutes, entre autres, pour arriver à atténuer ces douleurs post-chirurgicales.

On peut noter que, lors de son hospitalisation au CTB PERCY, cette personne avait reçu, elle aussi, de la kétamine, mais à fortes doses, et de manière discontinue. La pertinence de l'effet de la dose et de la continuité des effets anti-hyperalgésiques se pose. Selon le Pr D. FLETCHER³ à qui j'ai soumis cette question, la kétamine à forte dose « devrait pouvoir conserver probablement » cet effet. Mais il n'est pas absolument catégorique sur ce point précis.

L'anesthésiste a bien pris en compte cette plainte de la patiente. Il a précisé que, face à ces douleurs, l'équipe anesthésique du CTB PERCY– de concert avec l'équipe chirurgicale – pratiquait l'imprégnation des pansements faits au bloc par un anesthésique local, comme j'ai pu le constater par la suite. Il s'agit de **CHIROCAINE® 2,5 ou 5 %**. Au

³médecin anesthésiste-réanimateur, Hôpital A. PARE, unité INSERM 987

nombre des moyens alternatifs à l'utilisation de morphine pour soulager la douleur, se situent en effet les anesthésiques locaux⁴, entre autres.

Il ne m'a pas été possible de suivre plus longuement le dossier de cette patiente de par la brièveté du stage.

Enfin, pour mémoire, rappelons qu'un autre moyen adjuvant permettant de limiter la consommation de morphinique per-opératoire est l'adjonction de protoxyde d'azote quand un halogéné est administré pour entretenir la narcose. Mais ce gaz n'est pas utilisé au bloc opératoire du C.T.B. PERCY en raison du caractère polluant des effluents rejetés.

7 - CONCLUSION

La douleur, par son caractère protéiforme, est un défi constant pour les équipes soignantes des grands brûlés. Les différents outils existants pour l'évaluer, pour la combattre, permettent à ce jour de la juguler aussi vite que faire se peut. L'arsenal thérapeutique est varié, mais cependant limité.

J'ai pu constater la difficulté qu'il existait pour apprécier au mieux cette douleur. En effet, la relation que l'on a avec un patient « grand brûlé » diffère des malades habituellement rencontrés. L'abord du patient est différent, le contact est dur. Le brûlé, de par ses lésions et les pansements le recouvrant, est parfois dans l'incapacité de parler, de nous répondre ; on se retrouve parfois confronté à des patients quasi – « momifiés », tant la surface corporelle recouverte est grande. Cette souffrance physique sous-jacente, qui existe, que l'on sait être là, et que le patient ne peut exprimer, c'est à l'I.A.DE. en chambre de l'évaluer et d'y répondre, avant et après la réalisation d'un pansement en chambre, par exemple. C'est une véritable gageure pour le soignant.

Dans cette approche contre la souffrance, un des points-clé de cette bataille est l'anticipation. Il serait intéressant de pouvoir suivre le développement et l'application de nouvelles technologies permettant de pouvoir devancer encore mieux la survenue d'épisodes douloureux, d'estimer au plus près l'intensité de cette douleur pour la maîtriser de manière optimale.

⁴ cours « anti-hyperalgésiques », Mr le Pr M. CHAUVIN, école IADE ST-GERMAIN, nov. 2013

BIBLIOGRAPHIE

Pr FLETCHER D. (oct.2013) « Physio-pathologie de la douleur », cours magistral, école IADE St-Germain-en-Laye

Institut UPSA de la douleur « pratique du traitement de la douleur », bibliothèque IFSI St-Germain-en-Laye

Société Française d'Etude et de Traitement des brûlures (S.F.E.T.B.)
site internet : <http://www.sfetb.org>,

L'Expansion Scientifique française « , La douleur du brûlé » revue de l'Infirmière n°19

Savoirs et pratiques « Gestion initiale des brûlés » revue OXYMAG n°128, janvier/février 2013, p.14-19

X. SAUVAGEON, P. VIARD, J.P. TOURTIER « Les produits de l'anesthésie », ed. ARNETTE, 4^{ème} édition

Ch. ECHINARD, J. LATARJET « Les brûlures », ed. ELSEVIER-MASSON, édition 2010

ANNEXES

Annexe 1

Echelle de sédation Ramsay

Score de Ramsay

Niveau de sédation	Description
1	Anxieux et agité
2	Calme, coopératif et orienté
3	Répond uniquement aux ordres simples
4	Endormi avec réponse rapide à la lumière
5	Endormi sans réponse à la lumière
6	Pas de réponse

Annexe 2

Echelle douleur : BPS

Critères	Aspects	Score
Expression du visage	Détendu	1
	Plissement du front	2
	Fermeture des yeux	3
	Grimace	4
Tonus des membres supérieurs	Aucun	1
	Flexion partielle	2
	Flexion complète	3
	Rétraction	4
Adaptation au respirateur	Adapté	1
	Déclenchement ponctuel	2
	Lutte contre ventilateur	3
	Non ventilable	4

ANNEXE 3 : LIEUX DE STAGE DOULEUR et ACTIVITES

Date et horaires	Lieu	Activités
18/11/2013 8h à 15 h	Réanimation	Réalisation de pansements en ventilation spontanée (chambre patient)
19/11/2013 07h30 à 14h30	Bloc opératoire	Chirurgie brûlé (anesthésie + réfection pansements)
20/11/2013 07h30 à 14h30	Bloc opératoire	Chirurgie brûlé (excision-greffe + réfection pansements)
21/11/2013 07h30 à 14h30	Bloc opératoire	Chirurgie brûlé (excision-greffe + réfection pansements) + suivi patient en S.S.P.I.
22/11/2013 07h30 à 14h30	Bloc opératoire	Chirurgie brûlé (anesthésie + réfection pansements)
02/12/2013 14h à 17 h	Consultations Externes	Suivi médecin en consultation (Dr LECLERC) + consultation dossier patients en chambre
03/12/2013 14 h à 17h	Consultations Externes	Suivi médecin en consultation + consultation dossier patients en chambre
05/12/2013 8h à 15 h	Réanimation	Réalisation de pansements en ventilation spontanée (chambre patient)
06/12/2013 07h30 à 14h30	Bloc opératoire	Chirurgie brûlé (Cultures épiderme autologue)
09/12/2013 8h à 15 h	Réanimation	Réalisation de pansements en ventilation spontanée (chambre patient)
10/12/2013 07h30 à 14h30	Bloc opératoire	Chirurgie brûlé (excision-greffe + réfection pansements) + suivi patient en S.S.P.I.

TOTAL : 70 heures

Certifié exact,
SIGNATURE de l'étudiant

ANNEXE 2 : AUTOEVALUATION NIVEAU D'ACQUISITION COMPETENCE 7 à renseigner obligatoirement

Cochez la case qui correspond à votre niveau

	NIVEAU D'ACQUISITION DE LA COMPETENCE						Non évaluable
	L	L'	L'	L'	L'	L'	
Compétence 4 Assurer et analyser la qualité et la sécurité en anesthésie réanimation	'étudiant ne sait pas réaliser l'activité	étudiant réalise l'activité de manière inadaptée	étudiant réalise l'activité de manière incomplète	étudiant réalise l'activité de manière complète et cohérente	étudiant réalise l'activité de manière cohérente et argumentée	étudiant réalise l'activité de manière argumentée et pertinente	
8. Analyser, adapter et actualiser sa pratique professionnelle au regard de la réglementation, de la déontologie, de l'éthique, et de l'évolution des sciences et des techniques en anesthésie-réanimation et douleur							

*Cochez **la case** qui correspond à votre niveau*

	NIVEAU D'ACQUISITION DE LA COMPETENCE						Non évaluable
	L	L	L'	L'	L'	L'	
Compétence 7 Rechercher, traiter et produire des données professionnelles et scientifiques dans les domaines de l'anesthésie, la réanimation, l'urgence et l'analgésie	'étudiant ne sait pas réaliser l'activité	'étudiant réalise l'activité de manière inadaptée	étudiant réalise l'activité de manière incomplète	étudiant réalise l'activité de manière complète et cohérente	étudiant réalise l'activité de manière cohérente et argumentée	étudiant réalise l'activité de manière argumentée et pertinente	
1. Rechercher et sélectionner les informations ou textes réglementaires notamment relatifs à l'exercice professionnel IADE							
2. Analyser et synthétiser les documents professionnels et scientifiques							

3. Conduire des études à visée professionnelle (évaluation des dispositifs médicaux, technique) contribuant à la recherche médicale et à la recherche en soins en anesthésie, réanimation, urgences et analgésie.							
4. Elaborer des documents professionnels et scientifiques en vue de communications orale et écrite							
5. Construire une problématique de recherche résultant de la confrontation entre des données théoriques scientifiques et des observations portant sur une pratique professionnelle, et formuler un questionnement							
6. Construire un cadre conceptuel en lien avec la problématique							
7. Choisir et utiliser des méthodes et des outils d'enquête adaptés à l'objet de recherche							
8. Exploiter les résultats de l'enquête et les analyser en vue d'améliorer la pratique professionnelle et d'enrichir les savoirs professionnels.							

PICHAULT Christian

Ecole régionale des infirmiers anesthésistes de St Germain en Laye
Université de Versailles – Saint Quentin en Yvelines

Travail écrit rendu dans le cadre du stage « douleur »

Date de rendu : ...

<p><i>EVALUATION ET PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR CHEZ LE BRULE GRAVE</i></p>

RESUME

.La prise en charge de la douleur chez le grand brûlé représente une difficulté constante pour les soignants. Polymorphe et changeante, cette douleur est difficile à évaluer, et plus encore à juguler. Les traditionnelles échelles d'évaluation peuvent sembler insuffisantes. L'apparition à ce jour de nouveaux outils comme les moniteurs d'analgésie (A.N.I.) pourraient un jour permettre d'affiner la prise en charge de la douleur chez le brûlé grave.

MOTS CLES : brûlure grave, douleur, évaluation, analgésie multi-modale, moniteur d'analgésie

KEYWORDS :severe burn, pain, evaluation, analgesia monitor

