

#001

Objectifs du carnet

Douleur Aiguë et Analgésie

Carte de révision anesthésie-réanimation

- 1 Reconnaître douleur aiguë et analgésie : douleur nociceptive, neuropathique ou mixte avec retentissement respiratoire et fonctionnel.
- 2 Causes ou contextes prioritaires : chirurgie, trauma, brûlure, pancréatite, drépanocytose, cancer ou iatrogénie.
- 3 La première étape est de sécuriser les fonctions vitales et de raisonner en ABCDE.
- 4 Les examens doivent répondre à la question de gravité, de mécanisme et de traitement causal.

Visuel extrait et recadré depuis les cours vidéo du SSD1.

Captures de cours recadrées depuis SSD1, usage pédagogique.

- Maîtriser le raisonnement devant douleur aiguë et analgésie en contexte EDN et en garde.
- Pour Douleur Aiguë et Analgésie, identifier les signes de gravité avant de détailler l'étiologie.
- Pour Douleur Aiguë et Analgésie, choisir les examens utiles sans multiplier les explorations non contributives.
- Pour Douleur Aiguë et Analgésie, connaître les traitements initiaux, la surveillance et les critères d'avis spécialisé.

#002

Reconnaître et prioriser



Visuel extrait et recadré depuis les cours vidéo du SSD1.

Captures de cours recadrées depuis SSD1, usage pédagogique.

- Reconnaître douleur aiguë et analgésie : douleur nociceptive, neuropathique ou mixte avec retentissement respiratoire et fonctionnel.
- Causes ou contextes prioritaires : chirurgie, trauma, brûlure, pancréatite, drépanocytose, cancer ou iatrogénie.
- Pour Douleur Aiguë et Analgésie, la première étape est de sécuriser les fonctions vitales et de raisonner en ABCDE.
- Pour Douleur Aiguë et Analgésie, les examens doivent répondre à la question de gravité, de mécanisme et de traitement causal.

#003

Traiter, surveiller, réévaluer

Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Severe Sepsis and Septic Shock: 2012

R. Phillip Dellinger, MD¹; Mitchell M. Levy, MD²; Andrew Rhodes, MB BS³; Dillali Annane, MD⁴; Horng-Giack, MD, PhD⁵; Steven M. Opal, MD⁶; Jonathan E. Sevransky, MD⁷; Charles L. Sprung, MD⁸; Peter S. Douglas, MD⁹; Roman Jaeschke, MD¹⁰; Tiffany M. Osborn, MD, MPH¹¹; Mark E. Nunnally, MD¹²; Sean R. Townsend, MD¹³; Konrad Reinhart, MD¹⁴; Ruth M. Kleinpell, PhD, RN-CS¹⁵; Derek C. Angus, MD, MPH¹⁶; Clifford S. Deutschman, MD, MS¹⁷; Flavia R. Machado, MD, PhD¹⁸; Gordon D. Rubenfeld, MD¹⁹; Steven A. Webb, MB, BS, PhD²⁰; Richard I. Neale, MB, BS²¹; Jean-Louis Vincent, MD, PhD²²; Rui Moreno, MD, PhD²³; and the Surviving Sepsis Campaign Guidelines Committee including the Pediatric Subgroup²⁴

February 2013 • Volume 41 • Number 2

H. Vasopressors

1. We recommend that vasopressor therapy initially target a MAP of 65 mm Hg (grade 1C).

Rationale. Vasopressor therapy is required to sustain life and maintain perfusion in the face of life-threatening hypotension, even when hypovolemia has not yet been resolved. Below a threshold MAP, autoregulation in critical vascular beds can be lost, and perfusion can become linearly dependent on pressure. Thus, some patients may require vasopressors to achieve a minimal perfusion pressure and maintain tissue perfusion (134). The titration of norepinephrine to achieve a MAP of 65 mm Hg has been shown to preserve tissue perfusion in patients with severe sepsis (135). The consensus definition of sepsis (136) and the diagnosis of severe sepsis (137) are based on a MAP of 70 mm Hg from the evidence-based literature. In any case, individualized as it may be, higher MAPs may be required in patients with sepsis and/or previous hypertension than in young patients without cardiovascular comorbidity. For example, a MAP of 65 mm Hg might be too low in a patient with severe uncontrolled hypertension; in a young, previously normotensive patient, a lower MAP might be adequate. Supplementing endpoints, such as blood pressure, with assessment of regional and global perfusion, such as blood lactate concentrations, skin perfusion, mental status, and urine output, is important. Adequate fluid resuscitation

is a fundamental aspect of the hemodynamic management of patients with septic shock and should ideally be achieved before vasopressors and inotropes are used; however, using vasopressors early as an emergency measure in patients with severe shock is frequently necessary, as when diastolic blood pressure is too low. When that occurs, great effort should be directed to weaning vasopressors with continuing fluid resuscitation.

Visuel extrait et recadré depuis les cours vidéo du SSD1.

Captures de cours recadrées depuis SSD1, usage pédagogique.

- Traitement initial : associer paracétamol, AINS si possible, opioïdes titrés, ALR et mesures non médicamenteuses.
- Surveillance rapprochée : EVA, sédation, FR, nausées, constipation, confusion et objectifs de mobilisation.
- Pour Douleur Aiguë et Analgésie, l'avis spécialisé ou le transfert se décide tôt si aggravation ou ressources limitées.
- Pour Douleur Aiguë et Analgésie, le piège est de corriger un chiffre sans traiter la cause ni réévaluer la réponse clinique.

#004

Pièges fréquents

- Pour Douleur Aiguë et Analgésie, un patient compensé peut se dégrader brutalement: surveiller la tendance plus que le chiffre isolé.
- Pour Douleur Aiguë et Analgésie, hypoxie, hypotension, hypoglycémie, hyperkaliémie et sepsis ne doivent pas attendre le bilan complet.
- Pour Douleur Aiguë et Analgésie, les traitements invasifs exigent anticipation des complications et traçabilité.
- Pour Douleur Aiguë et Analgésie, la réévaluation après chaque geste fait partie du traitement.

#005

Synthèse opérationnelle

- Pour Douleur Aiguë et Analgésie, prioriser ABCDE, monitoring, accès vasculaire, traitement causal et appel à l'aide.
- Pour Douleur Aiguë et Analgésie, mesurer réponse clinique avec conscience, peau, diurèse, gaz du sang, lactate et hémodynamique.
- Pour Douleur Aiguë et Analgésie, adapter niveau de soins, transfert et limitation éventuelle à l'objectif thérapeutique.
- Pour Douleur Aiguë et Analgésie, documenter décisions, information et critères de surveillance.

Sources: Référentiels et conférences SFAR/SRLF selon les thèmes; Supports locaux SSD1/Alex/22- Réanimation et SSD1/Alex/23- Anesthésie; Banque d'images recadrées SSD1/Carnets/phase1_collecte