

# 6 Analgésie en réanimation

## Évaluation de la douleur

- ENS (échelle numérique simplifiée) : « note » donnée par le patient à sa douleur de 0 à 10 : en première intention chez le patient communicant.
- EVA (échelle visuelle analogique) : de 0 à 10.
- Objectifs *ENS* ou *EVA*  $\leq 3$  ; *BPS* (*Behavioral Pain Scale*)  $< 4$ .

## Prise en charge de la douleur

- Moyens non médicamenteux : expliquer les soins et rassurer le patient.
- Moyens médicamenteux (tableau 6.1) :

Tableau 6.1. Principaux analgésiques en réanimation.

Médicaments antalgiques	Dose de charge	Dose d'entretien	Effets indésirables ou remarques
Paracétamol		15 mg/kg/6 h <i>per os</i> (à privilégier) ou IV (risque d'hypotension) <i>attention au surdosage en cas d'insuffisance hépatocellulaire</i>	Rares (douleur à l'injection) Surdosage : hépatite
Néfopam Acupan®	20 mg IVL sur 1 h ou <i>per os</i>	60 à 120 mg/24 h IVSE (moins d'EI) ou 20 mg/4 à 8 h en perfusion IVL Posologie à adapter en cas d'insuffisance rénale	Nausées, sueurs, flushs (vertiges, céphalées, TC)
Tramadol Topalgic®	25 à 100 mg <i>per os</i>	50 à 100 mg <i>per os</i> /4–6 h (maxi 600 mg/24 h) <i>Limiter la dose chez les sujets âgés ++</i> <i>El dose dépendants</i>	Somnolence, nausées, vomissements, vertiges, céphalées, hypo-TA...

(Suite)

Tableau 6.1. Suite.

Médicaments antalgiques	Dose de charge	Dose d'entretien	Effets indésirables ou remarques
Morphine	Titration par bolus de 2 mg toutes les 3 min <i>(diminution des boli à 1 mg chez les patients âgés ou les insuffisants rénaux)</i>	PCA (voir ci-dessous)	Surtout si insuffisance rénale (accumulation métabolite actif) → oxynorm
Oxynorm			À réserver à l'insuffisant rénal ou >75 ans
Protoxyde d'azote N2O	En VS au MHC Toujours en équimolaire (50 % N2O + 50 % O2) Débit à 10 L/min À l'arrêt du N2O : administrer de l'O2 pour éviter l'hypoxémie de diffusion		Convulsions, vertiges, distension gazeuse. Contre-indiqué si pneumothorax, occlusion digestive

Penser à associer des laxatifs à la prescription de morphinique ou des dérivés.

- ENS > 3 ou BPS ≥ 4 : diagnostiquer l'origine de la douleur.
- Choisir l'analgésique approprié :
  - palier 1 : paracétamol et/ou néfopam (adaptation posologique en cas d'insuffisance rénale);
  - palier 2 : Tramadol ou Codéine (peu utilisé);
  - palier 3 : morphine (titration en 1<sup>er</sup> lieu). Associé au paracétamol. Quand cela est possible, toujours préférer l'utilisation d'une PCA (*Patient-Controlled Analgesia*) à l'utilisation d'un débit de base seul;
  - ± antispasmodique, décontractant musculaire.
- Réévaluer les besoins en analgésiques et leurs effets secondaires :
  - ENS < 4 ou BPS < 4 : chercher à diminuer la posologie des analgésiques pour obtenir la posologie minimale efficace;
  - Recherche des effets secondaires : bradypnée ou somnolence avec les morphiniques, confusion avec le néfopam ou les paliers 2...

## PCA (*Patient Controlled Analgesia*) Morphine

### Modalités de prescription

- Titration de morphine ou Oxynorm® préalable : 1 à 3 mg IV (voie intraveineuse) toutes les 5 à 10 min jusqu'à ENS (échelle numérique simplifiée) < 4.
- Débit continu à éviter, si besoin à calculer en fonction de la dose totale de morphine requise par 24 h.
- Morphine ou Oxynorm® 1 mg/mL, préparation de 30 mg/30 mL.
- Bolus 1 mg, période réfractaire 7 min, dose maximale sur 4 h : 20 mg.

- Droleptan 2,5 mg dans 30 mL possible pour la prévention des nausées, vomissements.
- Indication dans les douleurs nociceptives. En association avec des antalgiques de paliers 1 et 2.
- Adaptation selon l'âge et la réponse clinique.

### Règles de sécurité

- Monitoring de la FR (fréquence respiratoire), la SpO<sub>2</sub> (saturation pulsée en oxygène), la douleur (efficacité si ENS < 4).
- Arrêter l'administration de tout autre morphinique.
- La tubulure doit être branchée sur un robinet au plus près du cathéter.
- Association à un laxatif, si possible et surveillance de l'apparition d'un globe urinaire.

### Surveillance

- Si confusion, vérifier l'absence de fécalome, globe urinaire et rotation d'opiacé.
- Si nausées et/ou vomissements, Zophren® 8 mg × 3/j IVL.
- Si surdosage (figure 6.1) :

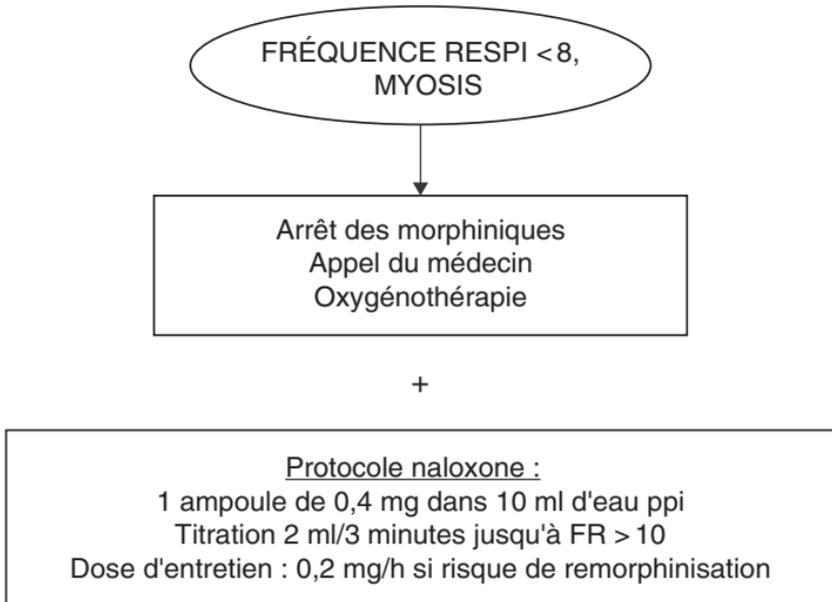


Figure 6.1. Protocole naloxone®.

## Analgésie par Ultiva®

### ► Intérêt de l'Ultiva®

- Agoniste morphinique puissant.
- On/off par une durée de vie très courte dans le plasma : 3–10 min.
- Pas d'accumulation chez l'insuffisant rénal et hépatique grâce à son élimination par les estérases plasmatiques.

### ► Modalités d'utilisation

- À n'utiliser qu'en perfusion continue, jamais de bolus (risque de bradycardie, bradypnée, hypotension artérielle, rigidité thoracique).  
Ultiva® : 5 mg dans 50 mL.
- La tubulure doit être branchée sur un robinet au plus près du cathéter, idéalement avec valve antireflux.
- Pas de transfusion de produits sanguins sur la même voie.
- Posologie recommandée : 0,005–0,75 µg/kg/min, à adapter au niveau de la sédation recherchée.
- Augmenter le débit avant un geste douloureux (tableau 6.2).

### ► Surveillance

- Efficacité : score sédation (RASS [*Richmond Agitation Sedation Scale*]), échelle douleur (ENS [échelle numérique simplifiée], BPS [*Behavioral Pain Scale*]).
- Effets indésirables : hypotension artérielle, bradypnée, bradycardie.
- Surdosage : protocole naloxone (figure 6.1).

**Tableau 6.2. Posologies indicatives d'Ultiva®.**

Exemple : Ultiva® 100 µg/mL. Débit initial	Posologie maximale
Vitesse : 1,5 mL/h si poids < 50 kg	Vitesse : 15 mL/h si poids < 50 kg
Vitesse : 2 mL/h si poids 50–70 kg	Vitesse : 20 mL/h si poids 50–70 kg
Vitesse : 2,5 mL/h si poids 70–100 kg	Vitesse : 25 mL/h si poids 70–100 kg
Vitesse : 3 mL/h si poids > 100 kg	Vitesse : 30 mL/h si poids > 100 kg