

Recherche infirmière

SRLF 2015

© SRLF et Lavoisier SAS 2015

SOI014

L'utilisation de l'Emlapatch® 5 % lors du prélèvement artériel : étude prospective de pratique dans un service de réanimation

E. Toure¹, Y. Martin¹, J. Messika¹, N. Bourdin², H. Keita Meyer³, D. Dreyfuss¹, JD. Ricard¹, D. Roux¹

1. Réanimation médicochirurgicale, hôpital Louis-Mourier, APHP, Colombes

2. Direction des soins, hôpital Louis-Mourier, APHP, Colombes

3. Service d'anesthésie, hôpital Louis-Mourier, APHP, Colombes

Introduction

La conférence de consensus commune SFAR-SRLF intitulé « mieux-vivre en réanimation » a établi des recommandations pour diminuer les sources d'inconfort et souligne l'importance d'une analgésie pour tous les gestes douloureux, notamment invasifs. Nous nous sommes intéressés aux ponctions artérielles. Il s'agit du prélèvement sanguin le plus fréquent qui génère douleur et inconfort. L'objectif principal de cette étude était de faire un état des lieux de l'utilisation d'un patch anesthésique local (Emlapatch® 5 %) avant réalisation d'un prélèvement artériel.

Matériels et méthodes

L'étude s'est déroulée en deux phases :

Tout d'abord, une étude prospective observationnelle sur l'utilisation de l'Emlapatch® 5 % lors des prélèvements sanguins a eu lieu du 1^{er} mai au 30 juin 2013 (22 jours). L'observation a porté sur la présence d'un cathéter artériel, le type de prélèvement sanguin réalisé, l'utilisation d'un patch anesthésique pour sa réalisation lors de sa pose, la notification de l'heure de pose du patch et la qualité de la pose.

Dans un second temps, il a été distribué un questionnaire anonyme aux infirmières du service pour évaluer leurs connaissances et leur pratique sur l'utilisation de patches

anesthésiques de lidocaïne et prilocaïne. Le questionnaire portait sur la nature du produit, la fréquence de pose, les indications de pose, la durée d'action du produit, les actions à mettre en place pour optimiser l'utilisation de ces patches anesthésiques.

Résultats

Deux cent huit observations ont été réalisées. Pour deux tiers des observations, le patient n'était pas porteur d'un cathéter artériel. Sur les 144 prélèvements sanguins, 65 (45 %) ont été réalisés en artériel dont 39 (60 %) ont bénéficié d'un patch anesthésique. Seulement 22 des 39 patches (56 %) étaient bien appliqués. Sur ces 22 poses correctes, seuls deux prélèvements artériels (3 % du total) ont été réalisés dans un intervalle de temps d'efficacité certaine du produit (1h00-4h00) définie par la présence de l'heure de pose.

Vingt et une infirmières (70 % du personnel infirmier) ont rempli le questionnaire sur les connaissances et les pratiques. Soixante et onze pourcent ont répondu que le patch de lidocaïne et prilocaïne (Emlapatch® 5 % stipulé dans le questionnaire) était un anesthésique local. Seulement 14 % des répondants déclarent l'utiliser systématiquement. 71,4 % pensent que le temps d'application nécessaire pour être efficace est d'une heure après la pose. Enfin 20 IDE/21 (95,2 %) déclarent qu'elles jugent ces patches anesthésiques efficaces. Suite à cette étude, une diffusion des résultats a eu lieu lors d'une réunion d'équipe. Une procédure a été rédigée et diffusée au niveau du groupe hospitalier, accompagnée d'affiches rappelant les bonnes pratiques apposées dans toutes les chambres.

Conclusion

Les soignants semblent sensibilisés à la douleur avec une utilisation régulière d'un patch anesthésique. Les IDE du service ont une bonne connaissance de l'association lidocaïne-prilocaïne (activité, temps d'action) ; 95 % d'entre eux/elles sont convaincu(e)s de son efficacité mais seulement 14 % déclarent l'utiliser systématiquement. L'étude observationnelle montre une utilisation insuffisante et des pratiques non optimales : patch mal collé, pas d'heure de pose.

Un an après la diffusion des résultats et de l'ajout d'affiches d'information, une nouvelle évaluation des pratiques sur

SRLF 2015 (✉)

48 avenue Claude Vellefaux, F-75010 Paris
e-mail : www.srlf.org

l'utilisation de patches anesthésiques va débiter dans le service, avec comme objectif une augmentation significative de l'utilisation des patches tout en respectant les recommandations de pose.

SOI015

Amélioration de la communication en réanimation grâce à la commande oculaire pour les patients intubés : une étude pilote

D. Chartier¹, M. Brondeau¹, E. Havard¹, M.A. Lorrier¹, A.S. Tregaro¹, R.P. Demon¹, A. Aubrey¹, P. Gadrez¹, O. Frette¹, S. Ehrmann¹, M. Lemaire², L. Bodet-Contentin¹
 1. Réanimation polyvalente, CHRU hôpitaux de Tours, Tours
 2. Pédiopsychiatrie, CHRU hôpitaux de Tours, Tours

Introduction

La communication est un processus de mise en commun de l'information entre le patient, les proches et les soignants. En réanimation, la communication du patient intubé est une réelle difficulté car celui-ci est privé de la parole, mais aussi de la gestuelle (parésie de réanimation, œdèmes, douleur, fonte musculaire). Cette incapacité à communiquer est source de frustration, de déshumanisation, de dépersonnalisation, de perte d'estime de soi et de stress pour le patient, rendant son séjour difficile. La plupart des patients rapporte qu'il s'agit d'un cauchemar, de la « chose la plus horrible au monde », majorant ainsi le risque de syndrome de stress post-traumatique. Pour les soignants, cette difficulté à communiquer est source d'insatisfaction dans la prise en charge du patient et pour les proches, d'un sentiment d'impuissance. L'utilisation d'un système informatique piloté par le regard « *eye tracking* » est un outil innovant en réanimation, potentiellement utile pour améliorer la communication avec les patients intubés mais conscients. C'est une technologie permettant de contrôler une tablette informatique par le regard grâce à un système infrarouge. Ce système est déjà utilisé par des patients souffrant de maladies chroniques comme le *locked-in* syndrome. L'objectif de notre étude était de faire un état des lieux du nombre de patients intubés conscients dans notre service, pouvant potentiellement bénéficier de cette technologie et de tester l'*eye tracking* sur un groupe pilote afin de l'adapter aux besoins des patients de réanimation.

Matériels et méthodes

Un groupe de travail multidisciplinaire concernant l'*eye tracking* en réanimation a été mis en place. Tout d'abord, un relevé du nombre de patients intubés et conscients a été effectué. Les patients intubés étaient considérés comme conscients lorsqu'ils étaient capables de suivre du regard et

de répondre à un ordre simple. Puis, l'*eye tracking* a été testé par les soignants et par les patients. Chaque soignant ayant testé le système a rempli un questionnaire. Le groupe de travail a noté les problèmes qu'il rencontrait lors de chaque test avec les patients. Une déclaration à la CNIL a été réalisée.

Résultats

Nous avons fait un relevé de 165 jours observés : 757 patients étaient intubés et 352 étaient conscients, soit 46 %. Nous avons testé le matériel sur 39 soignants. Les propositions principales des soignants concernant la structure du logiciel de communication ont alimenté un document permettant de proposer des modifications à l'industriel. Les remarques principales des soignants étaient les suivantes : sensation de fatigue oculaire lors de la première utilisation et nécessité d'adapter les paramètres d'utilisation du système d'*eye tracking*. Le test sur les soignants est également apparu comme un bon moyen de formation à l'utilisation de l'outil. Nous avons utilisé le matériel avec 19 patients. Les patients ont pu exprimer des besoins primaires comme la sensation de soif, la douleur (localisation précise, type) mais également avec le clavier intuitif écrire des phrases : le premier patient à utiliser le système a écrit « *J'aime ma famille* ».

Conclusion

Environ 50 % des patients intubés sont conscients et pourraient bénéficier d'un système d'*eye tracking* afin de communiquer, ce qui pourrait diminuer les sensations de frustration et de stress, et peut-être même diminuer le risque de syndrome de stress post-traumatique. Des propositions concernant l'architecture du logiciel ont été faites par les soignants. Cette technologie innovante en réanimation nous permettrait d'avoir une prise en charge plus personnalisée des patients. Le déroulement de la mise en place de l'*eye tracking* dans un service de réanimation doit être standardisé avec la mise en place de formation adaptée pour les soignants. Cette formation est courte et ne dépasse pas 20 minutes, car le système est simple et intuitif. Des études avec de plus grands effectifs cherchant à montrer un bénéfice de l'*eye tracking* pour les patients intubés doivent être menées.

Bibliographie

1. Finke EH, Light J, Kitko L (2008) A systematic review of the effectiveness of nurse communication with patients with complex communication needs with a focus on the use of augmentative and alternative communication. *J Clin Nurs* 17:2102-15
2. Guttorsom JL, Bremer KL, Jones RM (2015) "Not being able to talk was horrid" : a descriptive, correlational study of communication during mechanical ventilation. *Intensive Crit Care Nurs* 31:179-86

SOI016**Impact de la gestion de la curarisation par un protocole infirmier sur la réduction des posologies de cisatracurium au cours du syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA)**S. Valera¹, P. Sylla¹, S. Hraiech²

1. Service de réanimation médicale, CHU de Marseille, hôpital Nord, Marseille

2. Réanimation DRIS, hôpital Nord APHM, Marseille

Introduction

La prise en charge des patients en syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) les plus sévères nécessite souvent une période de curarisation continue (Acurasys). Cependant, aucune étude n'a jusqu'à aujourd'hui évalué la posologie de cisatracurium nécessaire à l'obtention d'une curarisation profonde chez les patients en SDRA sévère. De même, aucun protocole paramédical de gestion de la curarisation n'a été évalué. L'objectif de cette étude était donc d'évaluer la possibilité de diminuer la posologie de cisatracurium utilisée par rapport à la posologie fixe de 37,5 mg/h utilisée dans l'étude Acurasys au moyen d'un monitoring de la curarisation géré par les IDE.

Patients et méthodes

Nous avons mis au point une étude multicentrique sur deux réanimations médicales spécialisées dans la prise en charge des patients en SDRA. Le protocole a été validé par le Comité d'éthique de la SRLF. Les patients en SDRA avec un rapport $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 120$ et nécessitant une curarisation continue étaient inclus. Un protocole IDE a été élaboré en se basant sur le poids idéal du patient et les posologies maximales préconisées par le Vidal pour fixer la posologie de départ (0,2 mg/kg/h) de cisatracurium. L'objectif était d'obtenir un train de quatre (*train of four* ou TOF) à 0 réponse sur 4 monitoré à l'adducteur du pouce. Le TOF était contrôlé toutes les heures jusqu'à obtenir 0 réponse. En cas de désadaptation, un bolus était également réalisé et la posologie de cisatracurium majorée de 20 %. Une fois l'objectif de curarisation obtenu, le TOF était contrôlé toutes les quatre heures. Les IDE des services ont été formé(e)s par les majors de soins et l'équipe médicale. La formation s'est déroulée sur deux mois, sur des sessions bihebdomadaires. Le rôle des IDE était de monitorer la curarisation (qui pouvait être poursuivie sur 24 à 96h), de gérer la vitesse des seringues de curare et de remplir le cahier de protocole. Nous avons comparé les posologies de cisatracurium reçues par le patient au cours de la période de curarisation aux posologies qu'il aurait théoriquement reçues si nous avions utilisé une posologie fixe de 37,5 mg/h comme dans l'étude Acurasys.

Résultats

Les inclusions sont encore en cours, 26 patients sont nécessaires à la validation de notre hypothèse (diminution de 30 % de la posologie de cisatracurium utilisée par rapport à celle de l'étude Acurasys). Nous avons inclus jusqu'à présent 22 patients dont 16 hommes et 6 femmes. L'âge médian était de 64,5 ans. L'IGS2 médian était de 49 et le SOFA à 9 à l'admission. La durée moyenne de séjour en réanimation était de 23 jours, et la durée moyenne de ventilation mécanique de 19 jours. La curarisation a été poursuivie durant 4 jours pour 7 patients, 3 jours pour 6 patients, 2 jours pour 8 patients et 1 jour pour 2 patients. Les motifs de SDRA étaient pulmonaires pour 21 patients et extrapulmonaires pour 1 patient. Il est mis en évidence une diminution significative des posologies initiales de cisatracurium (en mg/h [inter quartile range]) par rapport à celles prescrites dans Acurasys (Tof SDRA : 11 [10,5-12,5] vs Acurasys : 37,5 [37,5-37,5] $p < 0,0001$).

Les posologies finales de cisatracurium étaient moins élevées que dans Acurasys (Tof SDRA : 12,75 [11-15,6] Acurasys : 37,5 [37,5-37,5] $p < 0,0001$).

Une différence significative entre les posologies initiales et finales de notre étude ($p=0,023$) apparaît aussi. Il n'y a eu aucun changement de posologie pour 50 % (10/20) des patients, un changement pour 30 % (6/20) d'entre eux et 2 à 4 changements dans 20 % (4/20) des cas. La médiane du nombre de boli reçus par les patients est égale à 1 (0-1,75). Le suivi du protocole par les IDE a été parfait dans 65 % des cas (aucune entorse au protocole).

Conclusion

Ces résultats mettent en évidence une réduction de la posologie de cisatracurium finale de 64 % en moyenne (par rapport à la posologie utilisée dans Acurasys). La curarisation obtenue semble efficace puisque 80 % des patients n'ont eu aucun ou un changement de posologie au cours de l'étude et que le nombre médian de bolus nécessaire est d'un par patient. La compliance infirmière à la gestion de la curarisation est bonne.

SOI017**Auto-extubation des patients admis en réanimation pour intoxication aiguë : un défi pour l'équipe paramédicale mais heureusement sans conséquences graves pour les patients**

E. Viez, T. Balasundaram, V. Tulatz, J. Giry, MV. Fronteau, C. Lahaye, H. Sowdiallo, V. Rivals, P. Mauve, I. Malissin, B. Megarbane

Service de réanimation médicale et toxicologique, CHU Lariboisière, Paris

Introduction

L'auto-extubation est une complication à risque de la ventilation mécanique. Considérée comme marqueur de qualité des soins en réanimation, son incidence pourrait être plus élevée chez les patients admis pour intoxication aiguë. Peu de données existent cependant dans la littérature. Notre objectif était : 1/ d'étudier l'incidence et les conséquences de l'auto-extubation au sein des patients intoxiqués en comparaison aux autres patients ; 2/ de proposer des mesures de prévention spécifique à ce groupe de patients.

Patients et méthodes

Étude descriptive rétrospective incluant la totalité des patients admis de janvier 2014 à juin 2015 en réanimation médicale et toxicologique de l'hôpital Lariboisière, ayant été intubés et ventilés mécaniquement puis extubés ; classement des patients en sous-groupes selon leur motif d'admission (intoxication aiguë vs non) et survenue d'une auto-extubation vs extubation planifiée ; présentation des données sous la forme de médiane [percentiles 25-75] ; comparaisons univariées utilisant des tests de Chi-2 ou de Mann-Whitney.

Résultats

En 17 mois, 416 patients (53 ans [41-69], 42 % F/58 % H) ont été intubés, ventilés mécaniquement (durée : 2 jours [1-4]) puis extubés en réanimation. Ces patients étaient tabagiques (41 %), usagers d'éthanol (31 %) ou de drogues (14 %), traités par au moins un psychotrope au long cours (57 %) ou présentaient une insuffisance respiratoire chronique (13 %). L'admission en réanimation était en rapport avec une intoxication aiguë (53 %; impliquant des psychotropes [78 %], des cardiotropes [18 %] ou des toxiques ménagers [4 %]) ou non (47 % ; insuffisance respiratoire aiguë [30 %], coma [30 %], choc [25 %], ou arrêt cardiaque

[15 %]). Les patients recevaient une sédation (92 % ; midazolam [80 %], sufentanyl [83 %] ou propofol [39 %]), des catécholamines pour choc (36 %) et ont développé une pneumonie acquise sous ventilation (14 %). Avant extubation, la sédation était interrompue (97 %), le patient avait effectué une épreuve sur tube (75 %) mais présentait une agitation significative (25 %). Une ré-intubation était nécessaire (10 %) parfois immédiatement (2 %) et une ventilation non-invasive post-extubation était décidée (15 %). Une extubation non planifiée, délibérée (92 %) ou accidentelle (8 %), était observée chez 20 % des patients. L'auto-extubation survenait plus fréquemment chez les sujets admis pour intoxication (21 % vs 17 %, $p < 0,05$) mais ne justifiait pas plus de ré-intubation ou de complications secondaires. Les patients qui s'auto-extubaient avaient présenté significativement plus souvent une agitation avant extubation ($p = 0,005$) et fait au moins une épreuve sur tube ($p = 0,0002$).

Discussion

Le groupe de travail paramédical a suggéré la mise en place de mesures pour réduire l'auto-extubation chez les patients intoxiqués, dont une optimisation des attaches au lit, un meilleur positionnement de la sonde d'intubation hors de portée du patient, un ajustement du matelas pour éviter tout glissement et une identification des patients à risque pour programmer l'extubation sous légère sédation adaptée, notamment par neuroleptiques si non contre-indiqués.

Conclusion

Même pressentie par l'équipe infirmière devant un état d'agitation et malgré l'attachement des mains du patient, l'extubation non programmée est fréquente chez les patients admis pour intoxication aiguë mais ne semble pas résulter en un taux plus élevé de ré-intubation ou de complications que pour les autres types de patients.