

Commission
"Douleur et Soins
Infirmiers"



MEMBRES

HUGUES AGRES
HELENE ANDERSON
MARIE AUBRY
ANTOINE BIOY
CHRISTOPHE CARPENTIER
JOËL CARRELET
BRIGITTE DERUPT
NATHALIE FOURNIVAL
JEAN-MICHEL GAUTIER
FRANÇOIS HABUDA
BERNADETTE LABBÉ
ALINE LE CHEVALIER
JOCELYNE LE GALL
GHYSLAINE LOPEZ
EVELYNE MALAQUIN-PAVAN
JOSIANE MAZENC
THIERRY MOREAUX
MANUELA ORTIZ
NATHALIE ROUX
PASCALE THIBAUT

COORDONNÉES

SFETD - Mme Pascaline Lavallade
Commission Douleur et Soins Infirmiers
Hôpital Pasteur - Département Douleur
30, Avenue de la Voie Romaine
BP 69
06002 Nice Cedex 1

Tel : +33 4 92 03 79 46
Fax : + 33 4 92 03 84 69
sofradol@club-internet.fr

Référentiel d'Activité Infirmier Ressource Douleur (IRD) - Novembre 2007

Annexe : Fiche d'Aide à la pose de cathéter loco-régional (péri-nerveux)

Rubriques

Définition

Objectifs

Propriétés pharmacodynamiques des anesthésiques locaux

Conditions techniques

Mode d'administration

Agents analgésiques

Indications

Contre-indications

Recommandations

Aspects juridiques

Surveillance (selon protocole de service)

Evaluation du patient

Définition	L'analgésie loco régionale par bloc nerveux périphérique consiste à injecter au contact d'un nerf un agent anesthésique local.
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> - Procurer une analgésie dans un territoire défini.
Propriétés pharmacodynamiques des anesthésiques locaux	<ul style="list-style-type: none"> - L'action des anesthésiques locaux mis au contact d'un nerf induit un blocage des fibres sensitives (bloc sensitif) qui peut s'accompagner parfois d'un bloc des fibres motrices (bloc moteur). A visée antalgique, seul l'effet bloc sensitif est recherché. - Effets : <ul style="list-style-type: none"> • Analgésie, • Manifestations hémodynamiques rares, • Relâchement musculaire. - Le temps d'action des anesthésiques locaux est dépendant : <ul style="list-style-type: none"> • du volume • de la concentration • du type de produit utilisé.
Conditions techniques	<ul style="list-style-type: none"> - L'anesthésiste - réanimateur détermine le point d'injection et la quantité de produit à injecter. - L'injection de l'anesthésique local peut être réalisée en une dose unique ou par l'intermédiaire d'un cathéter laissé en place pour entretenir l'analgésie. - Les plus utilisés : <ul style="list-style-type: none"> • Bloc interscalénique (épaule) • Bloc axillaire (coude, poignet, main) • Bloc fémoral (genou) • Bloc sciatique en poplité post (cheville, pied) • Bloc pédieux (métatarses)
Mode d'administration	<ul style="list-style-type: none"> - Différents types : <ul style="list-style-type: none"> • Injection par bolus • Injection en continue • Injection en continue avec bolus - L'administration d'anesthésiques locaux pour une analgésie par blocs périnerveux doit faire l'objet d'un repérage strict de couleur identifié par écrit en spécifiant le nom du produit, sa concentration et l'indication "réservé à l'analgésie locorégionale (danger si injection IV)" - Le jaune étant la couleur internationale pour les ALR, il est recommandé d'utiliser les tubulures spécifiques de couleur jaune avec les pompes adaptées.
Agents analgésiques	<ul style="list-style-type: none"> - Anesthésiques locaux : <ul style="list-style-type: none"> • Lidocaïne (Xylocaïne®) • Mèpivacaïne (Carbocaïne®) • Ropivacaïne (Naropeine®) • Bupivacaïne (Marcaïne®)
Indications	<ul style="list-style-type: none"> - Dans le cadre de la douleur post-opératoire : <ul style="list-style-type: none"> • Kinésithérapie • Lever précoce du patient • Mobilisation lors des soins - Dans le cadre de la douleur chronique : <ul style="list-style-type: none"> • Douleur intense de type organique ou provoquée par les soins de longue durée. - Indications particulières : <ul style="list-style-type: none"> • Traitement par PCA morphine impossible • Chez la personne fragile (insuffisance hépatique, rénale, enfants, personnes âgées)

Contres-indications

- Strictes à respecter :
 - Syndrome infectieux
 - Altération locale de la peau
 - Allergie aux anesthésiques locaux
 - Troubles congénitaux ou acquis de l'hémostase
 - Troubles neurologiques évolutifs
 - Refus du patient.

Complications

- Principales, liées à la gestion du cathéter ou à la technique :
 - Echec par malposition initiale
 - Douleur à l'endroit de ponction
 - Déplacement du cathéter
 - Retrait accidentel
 - Fuite, occlusion
 - Déconnexion intempestive du filtre
 - Obstruction par déficience du pousse-seringue
 - Inflammation ou infection du point de ponction
 - Passage IV accidentel
- Principales, liées aux anesthésiques locaux :
 - Neurologiques (sensations d'étourdissement, de vertige, de troubles visuels ou sensitifs, bourdonnements d'oreilles, goût métallique, épisodes confusionnels, délire...)
 - Cardiologiques (troubles de la conduction cardiaque, d'arythmies ventriculaires, tachycardie, hypotension, voire un collapsus cardio-vasculaire...)
 - Respiratoires (gêne respiratoire ou dyspnée...)
 - Bloc moteur
 - Surdosages
 - Prurit

Recommandations

- Il convient, avant toute injection dans le cathéter, de vérifier :
 - La présence d'une voie veineuse fonctionnelle
 - Les constantes cliniques normales (pouls, pression artérielle, conscience, respiration, température)
 - La présence d'un filtre antibactérien à l'extrémité du cathéter
 - L'absence de reflux sanguin dans le cathéter
 - L'absence d'inflammation au point d'insertion du cathéter
 - L'absence de fuite dans le pansement
 - L'absence de douleur à l'injection du produit dans le cathéter
 - Le bon fonctionnement de la pompe d'analgésie autocontrôlée ou dispositif élastomérique (biberons)
- Ablation du cathéter :
 - Il peut être effectué par l'infirmière sur prescription médicale. Il faut vérifier l'intégrité de l'extrémité du cathéter après le retrait (présence du bout bleu).

Aspects juridiques

- Code de la santé publique – Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004
 - Article R.4311-2 : « Les soins infirmiers (...) ont pour objet (...) de participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes... ».
 - Article R.4311-8 : « L'infirmier est habilité à entreprendre et adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin ».
 - Article R.4311-9 : « L'infirmier est habilité à accomplir sur prescription médicale (...) des injections de médicaments à des fins analgésiques dans des cathéters périduraux et intrathécaux ou placés à proximité d'un tronc ou d'un plexus nerveux, mis en place par un médecin et après que celui-ci a effectué la première injection... »

Surveillance (selon protocole de service)

- L'infirmière doit tenir compte du protocole de service ou de la prescription liée à la surveillance du patient.
- Surveillance :
 - Les paramètres hémodynamiques habituels (pouls, tension artérielle).
 - Les signes de surdosage :
 - ▶ Signes neuro-sensoriels (céphalées, tremblements, goût métallique, picotements péri-buccaux, troubles visuels et auditifs, dysarthrie, confusion, agitation, convulsions).
 - ▶ Signes cardio-vasculaires (tachycardie, arythmie, hypotension).
 - ▶ Signes de diffusion
 - Le niveau de sédation (EDS)
 - L'évaluation de la douleur : échelles d'auto-évaluation et hétéro-évaluation
 - Les effets secondaires éventuels (nausées, prurit...)
 - La zone d'action du bloc sensitif doit faire partie de la surveillance (cf. tableau anatomique).
 - La qualité d'analgésie :
 - ▶ Le bloc moteur peut être grossièrement évalué en demandant au patient de remuer les membres. La présence d'un bloc moteur même partiel, doit être signalée à l'anesthésiste réanimateur du service.
 - La surveillance des points d'appui afin d'éviter escarres ou neuropathies périphériques liées à la réalisation d'un bloc sciatique.

Evaluation du patient

- L'évaluation de la douleur du patient doit être réalisée au moins une fois par équipe pour apprécier le niveau d'analgésie au repos et à la mobilisation (kinésithérapie, soins, toilette...) et l'efficacité de la technique.
- Assurer la traçabilité et la transmission des éléments afférents à l'acte dans le dossier de soins du patient.