Place de la PCA en Douleur et Soins Palliatifs

Novembre 2016 / janvier 2017

- Diaporama élaboré par :

Dr Marco A. Gambirasio

Unité de Médecine Palliative – CHU de Rouen (76)

Dr Anne Le Prieur

Unité de Soins Palliatifs M. Abiven et Équipe Mobile Territoriale Soins Palliatifs Ressources

Fondation Miséricorde-Hérouville Saint Clair (14)

Patient Control Analgésia

- Analgésie autocontrôlée par le patient

Administration **dose continue** d'antalgique accompagnée à la demande du patient de **doses unitaires supplémentaires** d'antalgiques

PCA : généralités

- Mécanique (usage unique)
- Electronique (réutilisable)

- Voie IV
  - Périphérique
  - Centrale
- **Voie SC**

- Perfusion seule
  - Débit continu du produit (dose de fond)
- Dose unitaire seule
  - « bolus »
- Perfusion continue et doses « bolus » (supplémentaires)

Indications

- Analgésie postopératoire
- **Difficulté ou inefficacité administration antalgique per os ou transdermique**
  - Rotation d'opioïdes
  - Titration rapide
  - Accès douloureux paroxystiques
- Produits
  - Antalgiques de palier III →
    - **Morphine, Oxycodone**, Fentanyl, Sufentanil
  - *Anesthésique : kétamine*
  - *Sédatifs : midazolam*

Contre-indications

- Relatives
  - *Patient non-coopérant*
  - *ATCD de toxicomanie*
  - *Risque infectieux lié à la voie d'abord (IV ++)*
- Limites
  - *Bolus administré par un tiers*

- <u>Absolues:</u>
  - **Absence de formation** du personnel médical et paramédical

Avantages → patient

- **Autonomie**
  - Gère sa douleur
  - Mobilité
- Participation active à sa prise en charge douleur
- Facilité d'utilisation (appui sur le « bouton »)

- **Rapidité et efficacité du soulagement**

- **Sécurité**

Avantages →IDE

- Moins de manipulation chaque jour
  - Paramètres modifiables en cours de perfusion
  - Moins d'actes → plus de temps auprès du patient

- Une technicité……au service du relationnel !!

Historique et mémorisation des événements

- Nombre de « bolus » demandés
- Nombre de « bolus » perfusés
- Heure de la demande / administration

- Dose de fond en débit horaire
- Paramètres de concentration/dilution

Avantages →médecin

- **Titration** rapide pour équilibration antalgique
  - Injection fractionnée d'antalgique jusqu'à obtention de l'antalgie
  - Adaptation traitement (plusieurs fois par jour si malade très algique)
- Visibilité besoin antalgique / aide à l'analyse des caractéristiques de la douleur
  - Relais rapide
- Relative facilité de prescription

Prescription d'une PCA

- **La prescription d'une PCA est médicale**
  - Prescription du médicament
  - Prescription du matériel
  - Prescription de la surveillance
    - Patient
    - Conduite à tenir en cas de surdosage

Prescription du médicament

- Nom du médicament, dosage
- Mode (PCA) et voie (IV, SC) d'administration
- Débit de perfusion continu
  - mg (µg)/24h
  - mg (µg)/h
- Posologie du « bolus »
  - mg / µg → faible concentration car risque effet « shoot »
- Période réfractaire
  - min / heures
- Nombre de bolus /24h ou dose limite autorisée/h ou dose maximal sur 4h
  - Dose de fond sur 24h + bolus sur 4h (faible concentration)
- Heure début traitement (si relais)
- Durée du traitement

Prescription de stupéfiants… **ordonnance sécurisée!**

Identification du prescripteur : Nom, n° RPPS, qualité (généraliste/spécialiste/hospitalier)

Identification du patient : Nom, prénom + Date de naissance

PCA de *(nom du produit)* ..... à administrer par voie *(voie d'administration)*.....à la posologie de :

- ..... milligrammes/microgrammes par vingt quatre heures en débit continu
- Et ..... milligrammes/microgrammes en bolus, avec une période réfractaire de .....minutes entre deux bolus, soit .....bolus maximum par heure/ par vingt quatre heures.

Prescription à débuter le *(jour)*.....à *(heure)*....., pour une durée de .....jours.

Date de la prescription :

Signature du prescripteur :

Ex. de PCA

CADD-Legacy™ PCA

Ready to connect
Rythmic™
Plus
micrel
Medical Devices
PURGE-BOLUS
CODE #
0000
ON
OFF
START
STOP

CADD-PCA
TRS
Call: (636) 479-7460
DRE

Surveillance technique

- Point de ponction
  - œdème?
  - tubulure (risque occlusion)
- Au plus près du patient
- Piles
- Quantité restante (alarme anticipée)

ETIQUETTE PATIENT	SURVEILLANCE JOURNALIERE DE PCA	ECHELLE R/S R=0 respir sans gene FR>10 S=0 éveillé R=1 respir ronflante FR>10 S=1 somnolent, aisément éveillable R=2 respir irrégulière FR<10 S=2 somnolent, éveillable à la stimulation verbale, tirage R=3 pauses apnée S=3 somnolent, réveillable à la stimulation tactile

PRODUIT																								
UNITE																								
HEURE	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	0	1	2	3	4	5	6
DEBIT HORAIRE																								
DOSE BOLUS																								
PERIODE REFFRACTAIRE min																								
BOLUS DEMANDES																								
BOLUS PERFUSES																								
EN ou EVA																								
DEBIT ml/h																								
VOLUME RESTANT en ml																								
CONCENTRATION																								
VOLUME TOTAL POSE																								
MISE A ZERO																								
ECHELLE R/S																								
FREQUENCE RESPIRATOIRE																								
CLONIES																								
HALLUCINATIONS																								
PARAPHES																								

Surveillance clinique

- Efficacité du traitement
  - Évaluation douleur
  - Relevé « bolus » demandés / perfusés
- Surdosage
  - Fréquence respiratoire
  - Niveau de conscience
- Effets secondaires
  - Nausées, vomissements
  - Constipation
  - Sueurs
  - Hallucinations

Il permet d'évaluer la tolérance

- Fréquence respiratoire
- Niveau de conscience

NB : le myosis signe une imprégnation et non un surdosage

Surveillance selon l'échelle R (respiration) et S (sédation)

Échelle R		Échelle S	
R = 0	Respiration sans gène et fréquence respiratoire > 10	**S = 0**	Éveillé
R = 1	Respiration ronflante et fréquence respiratoire > 10	**S = 1**	Somnolent, aisément réveillable
R = 2	**Respiration irrégulière et fréquence respiratoire < 10**	**S = 2**	**Somnolent la plupart du temps, réveillable à la stimulation verbale, tirage**
R = 3	Pauses - Apnées	**S = 3**	Somnolent la plupart du temps, réveillable à la stimulation tactile

2) SIGNES DE SURDOSAGE

Score de respiration R = 2 / Respiration irrégulière et fréquence respiratoire < 10
Score de sédation S > 2 / Somnolent la plupart du temps, réveillable à la stimulation verbale, tirage
+/- myoclonies

- Δ **Arrêter l'opioïde** (SAP, PCA, etc.)
- Δ **Stimuler la personne verbalement et tactilement**
- Δ **Appeler le médecin**

Prescription de la surveillance

- Relevé des paramètres de la PCA
  - 2 fois par jour au minimum
- Evaluation douleur
  - 2 fois par jour au minimum
- Surveillance de la tolérance du traitement
  - 2 fois par jour au minimum

- Changement aiguille, pansement
  - Selon le site d'injection
    - **SC = 7 jours**
    - IV périphérique = 96 h
    - KTC = 96h
- Surveillance des signes de surdosage
  - Fréquence respiratoire
  - Vigilance
  - 2 fois par jour au minimum

Informations patient/entourage

- Le patient est acteur de sa prise en charge

- Explications
  - Principe et intérêts
  - Utilisation du **bouton pressoir** pour les « bolus »
  - Manipulation des réglages par IDE ou médecin uniquement
  - Education des proches à la surveillance des effets secondaires

Conclusion

- Moyen technique utile pour soulager le patient tout en le laissant autonome
- **Formation indispensable**
  - avant toute utilisation
- Au moindre doute
  - Arrêt PCA
  - Mise en route SAP
  - Appel service technique / HAD / prestataire de soins

Bon usage des PCA en 10 points clés

1. La prescription d'une PCA doit comporter à minima les éléments suivants : nom de la molécule, voie d'administration, dose continue par 24h, dose des bolus, période réfractaire, durée de traitement.

2. La prescription d'une PCA précise (ou renvoie à un protocole) les **modalités et fréquences de surveillance** du patient en termes d'**efficacité** et de **tolérance** ainsi que les **modalités de prise en charge d'un surdosage aux opiacés**.

3. Les paramètres d'utilisation de la PCA (quantité totale reçue par 24h, nombre de bolus reçus et demandés…) ainsi que les éléments cliniques d'évaluation de l'efficacité et de la tolérance sont **tracés et permettent l'adaptation du traitement**.

4. Afin de limiter les erreurs de calculs lors de la préparation de la PCA, il est préconisé d'utiliser des **ampoules de même concentration** et de **ne pas les diluer**. Un double contrôle de la préparation est recommandé.

5. En l'absence de données de stabilité, il n'est pas recommandé de mélanger plusieurs molécules dans une même PCA.

Bon usage des PCA en 10 points clés

6. En cas de **voie veineuse centrale, la vitesse de perfusion doit être ≥ à 0,3 mL/h** afin d'éviter les thromboses veineuses.

7. Par voie SC, la vitesse de perfusion ne doit pas dépasser 1 mL/h et le volume des bolus doit être inférieur à 2 ml.

8. La connexion de la PCA doit être placée **au plus près du site d'injection.** Si plusieurs PCA sont nécessaires pour un même patient, utiliser une seule ligne par PCA.

9. Toute connexion supplémentaire doit être montée en amont d'une **valve antiretour** et placée en Y de la ligne de perfusion de la PCA.

10. Le patient doit être informé sur le principe et mode de fonctionnement de la PCA, sur l'intérêt de cette méthode antalgique, mais aussi sur les risques d'incidents et d'effets secondaires et la conduite à tenir en cas de survenue.

Limites et situations particulières

La réglementation actuelle

Les propositions

En EHPAD

- Différences
  - Autonomie du résident (VADL, GIR)
  - Troubles cognitifs → patient < coopérant
- Intérêts
  - Prévalence de la **douleur intense** (EVA > 6/10) chez le sujet âgé en institution → **49%** douleur chronique à **83%** en fin de vie
  - Voie orale précaire ++
- Limites
  - Evaluation de la douleur (formation)
  - Techniques → médicalisation
  - Présence de soignants (IDE de nuit = **24%**)

- Intervention de l'**HAD**

Rôle de l'IDE

- Préparation / délivrance
  - « Piluliers »
  - Injectables (SAP, PCA, perfusion…)
- Surveillance
  - Prise de médicaments
  - Effets secondaires
- Formation
  - Modules « DPC »
  - Par des prestataires de soins
  - Par des IDE formées

Collaboration IDE - aide soignant

- Article R4311-4 du Code de la Santé Publique concernant les actes professionnels précise que :

  - « *Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social,* ***l'infirmier ou l'infirmière peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'aides médico-psychologiques****, qu'il encadre et dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation* »

- Article L313-26 du Code de l'Action Sociale et des Familles qui précise les conditions d'intervention des AS :
  - « …. *l'aide à la prise des médicaments peut, à ce titre, être assurée par toute personne chargée de l'aide aux* ***actes de la vie courante*** *dès lors que, compte tenu de la nature du médicament, le mode de prise ne présente* ***ni difficulté d'administration ni d'apprentissage particulier…*** »

- L' administration des médicaments impliquant un acte technique (injections, aérosols, alimentation entérale…) relève de la compétence exclusive de l'IDE (Infirmier Diplômé d'Etat)
- L' aide à la prise du médicament, faisant partie du rôle propre de l'IDE, peut être assurée en collaboration avec un AS (Aide-Soignant)
  - Il s'agit donc de l'aide à la prise de comprimés et gélules par voie orale

Tableau issu d'un travail de l' ARS Midi-Pyrénées « Champs de la collaboration entre infirmiers et aides-soignants, auxiliaires de puériculture, aides médico-psychologiques » – Octobre 2011.

Question	AS	AMP	ASH	Observations
Surveiller une PCA la nuit sans la présence infirmière dans un EHPAD	L'analgésie autocontrôlée par le patient sous tend un dispositif de perfusion L'observation et la surveillance des **patients** sous perfusion sont enseignées dans la formation, référentiel de formation -module 3 **Seule la surveillance du résident (et non de la PCA – cf observation) est un acte pouvant être réalisé dans le cadre de la collaboration**	L'analgésie autocontrôlée par le patient sous tend un dispositif de perfusion Acte qui n'est pas enseigné dans la formation ***Acte ne pouvant pas être réalisé dans le cadre de la collaboration***	NON	La PCA est une pratique complexe : (spécificité due à la nature du produit et du matériel utilisé) qui relève de la compétence de l'IDE En l'absence de l'IDE, envisager si possible d'autres voies d'administration ou une astreinte IDE la nuit par exemple

Exemples

Cas clinique Mr M.

- Mr M. 88 ans - institutionnalisé en 2015
- Pathologie
  - Cancer du colon opéré en 1994 récidivant en 2015 avec pose d'endo-prothèse colique.
  - ATCD : 5 AVC dont 1 sylvien gauche en 2015
  - Août 2016 : hospitalisé pour escarre sacrée stade IV hyperalgique
  - Décision de soins de confort lors de l'hospitalisation.

- Appel de l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs en octobre 2016 pour aide à la prise en charge de la douleur.
- Constats :
  - Cliniques :
    - Patient peu communicatif, au repos aspect figé, agrippement, refus de soins et de manger.
    - Patient douloureux surtout lors des mobilisations et des pansements (Algoplus=5/5) et au repos (Algoplus = 2/5)
    - Sous Fentanyl transdermique 50µg et Fentanyl transmuqueux 100µg avant les soins.
    - Insuffisant, prise orale devenue difficile.
  - Familial :
    - Femme inquiète de la situation, pense que l'EHPAD ne peut assurer les soins.

- Propositions :
  - Après échange avec l'équipe de l'EHPAD et la famille : décision de garder Mr à l'EHPAD
    - Mise en place d'une PCA.
    - Appel de l'HAD
    - Prescription par le MT / l'EMSP.
    - Proposition de Morphine à la dose de 50 mg/24h avec dose « bolus » de 5 mg – période réfractaire de 4 h.
  - Médecin coordinateur de l'EHPAD est formé (DU soins palliatifs) - soignants sensibilisés aux soins palliatifs.
  - Infirmière HAD dispense une formation auprès des soignants de l'EHPAD le jour de la pose de la PCA.

- Evolution :
  - Amélioration des symptômes douloureux surtout lors de la mobilisation.
  - Femme apaisée.
  - Décès à l'EHPAD 4 jours après.

Conclusion

- Situation de fin de vie en EHPAD.
- La PCA a permis :
  - De soulager les symptômes douloureux alors que la prise per os était impossible.
  - De permettre des doses intermédiaires d'antalgique si douleur et avant les soins.
  - Au patient de rester à l'EHPAD

Cas clinique Mme C.

- Madame C.
- 88 ans
- Poly pathologie de la personne âgée : AOMI, diabète, cardiopathie ischémique, AVC, dépression, troubles cognitifs non étiquetés (troubles mnésiques)
- Ulcères des jambes de mécanisme mixte depuis plusieurs années mais s'aggravant (lésions bilatérales et quasi circonférentielle sur une jambe).

- Situation clinique habituelle :
  - Patiente grabataire, quelques troubles cognitifs
  - Va en fauteuil en salle de restaurant
  - Pansements d'ulcères douloureux traités par Tramadol gouttes puis Morphine orale 1 heure avant les soins
  - A toujours exprimé son refus de toute hospitalisation.

- Evolution :
  - Au cours d'une pneumopathie traitée à l'EHPAD :
    - Altération de l'état général
    - Augmentation de la plainte douloureuse lors des pansements de jambes.
    - Prise per-os difficile, aléatoire.

- <u>Appel de l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs</u>.
  - Évaluation de la patiente, rencontre avec le médecin traitant, le médecin coordinateur de l'EHPAD, et des soignants de l'EHPAD.
  - Souhait de respecter les souhaits de la patiente de ne pas être hospitalisée.
  - Appel de l'HAD
  - Mise en place d'une PCA de Morphine :
    - Meilleure administration du traitement antalgique (prise per os aléatoire).
    - Titration de la dose de Morphine avant les soins pour permettre un soulagement lors des pansements.

- Evolution :
  - Soulagement de la douleur lors des soins mais aussi en dehors.
  - Amélioration de la qualité des pansements réalisés par l'infirmière.
  - Secondairement, amélioration de son état clinique permettant un arrêt du traitement par PCA avec relai par Fentanyl transdermique et Morphine orale avant les soins.

Conclusion Mme C.

- Situation palliative non terminale
  - Escarre non guérissable, poly pathologies de la personne âgée.
  - Souhait de non hospitalisation
- PCA a permis :
  - De soulager les symptômes douloureux lors d'une phase d'altération de l'état général.
  - Définir la dose de Morphine à administrer avant les pansements.

Propositions

Mise en place d'une PCA

- **Evaluation pluridisciplinaire**:
  - Equipes Mobiles Douleur / Soins Palliatifs
  - Médecin + IDE coordinateurs d'EHPAD
  - HAD
- **Prescription médicale**
  - Médecin Traitant +/- conseillé par Médecin « EMSP/Douleur »
  - Médecin Coordinateur EHPAD (en accord avec MT)
  - HAD (adaptation posologie, si besoin, si « urgence »)
- **Formation**
  - Personnel médico-soignant d'EHPAD

- Rétrocession Hospitalière (Oxycodone, *Midazolam*)
  - 1ère prescription hospitalière (EMSP/Douleur)

Constat aujourd'hui

- **Qualité**
  - Compétences transversales
  - Actions efficaces
  - Formation
  - Sécurisation de l'administration
- **Continuité**
  - Permanence de soins 24h/24
- **Sécurité**
  - Personnel qualifié
  - Moyens techniques

Souhaits demain

- Evolution des pratiques
  - Actes délégués
  - Sous certaines conditions
  - **Protocoles** institutionnels (propres à chaque EHPAD)

- Formations étendues (modalités à définir)
  - DPC
  - « in situ »

- **Table ronde**:
  - ARS
  - OMEDIT
  - EMSP / DOULEURS
  - CADRES – ECOLE d'AIDE SOIGNANTE

Bibliographie

- http://www.omedit-hautenormandie.fr/Files/guide_final_v._juin_2014.pdf

disponible en **e**-learning

- http://www.cnrd.fr/PCA-de-morphine-en-medecine.html
- http://www.sfap.org/rubrique/pca
- http:// www.infirmiers.com/pdf/**collaboration-ide-as-ars.pdf**