

Programmes de rééducation, réadaptation, et réinsertion

chez le patient traumatisé crânien

France Traumatisme Crânien

Vendredi 22 juin 2012- Lyon

Prise en charge des troubles du comportement en post-réanimation

Dr Laurence TELL

SRPR- Hôpital Henry Gabrielle - Hospices Civils de Lyon



Hôpitaux de Lyon



Université Claude Bernard



Lyon 1

Introduction

- Essentiellement agitation
- Fréquence: 30-50%-durée 10 à 32j
- Spécificités de cette période:
 - Amnésie post-traumatique
 - Troubles de l'attention, inversion veille/sommeil
- Interfère, retarde la PEC en rééducation
- Littérature:
 - difficultés définition agité/non agité
 - échelles quantitatives, qualitatives:
Rancho Los Amigos; Agitated Behavior scale (Bogner)

Clinique de la crise

- Agitation motrice désordonnée:
 - Potentiellement dangereuse
 - Terrifiante, cauchemardesque, paroxystique
- Agitation motrice « maniaque »:
 - Compulsive, « finalisée »
 - Fugues, appels incessants, cris
 - Activité motrice élaborée: démontages divers...
 - Désinhibition comportementale
- Agressivité:
 - Verbale ou physique, violente, incontrôlée

Pourquoi agir?....

- Risques pour le patient:
 - Chutes, coups autoportés, frottements, brûlures
 - Conséquences des fugues...
 - Risques « domestiques »
 - Retour d'agressivité...
- Risques pour l'équipe:
 - Coups reçus, « volontaires » ou non
 - Epuisement physique et mental
 - Débordement, escalade...

Comment agir?:

Agitation motrice « désordonnée »

- Cercle vicieux: agitation-contention-angoisse-agitation
- Patient «inconfortable»- patient douloureux?
- Processus sous-jacent? sepsis, problème neuro...
- Antécédents toxicomanie?

Comment agir?:

Agitation motrice « désordonnée »

Le patient doit être « confortable »...

- Eviter les contentions (?...)
- Supprimer les contraintes!
- Environnement calme, rassurant, familier, présence physique
- Aménagement de la chambre, « sans risques »
- Lit au sol, si possible
(trachéo., SNG, fixateurs, tractions.....!!!)

Comment agir?:

Agitation maniaque

- Prévention des risques:
 - Adaptation de l'environnement, milieu ouvert (!)
 - Systèmes anti-fugues, +/- sophistiqués...
- Prise en charge de l'angoisse:
 - Présence, verbalisation « incessante »
 - Activité physique
 - Traitements médicamenteux?
- Rôle des équipes/ formation
- Rôle de la famille:
 - Apaisante souvent, « toxique » parfois...

Comment agir?:

Agressivité

- Prise en charge des soignants+++
 - Nombre
 - Reconnaissance, considération
- Formations:
 - A la spécificité du TC
 - A la gestion de la violence (désescalade)
- Réunions d'équipes

- Prise en charge de la famille:
 - Information précoce
 - Suivi régulier

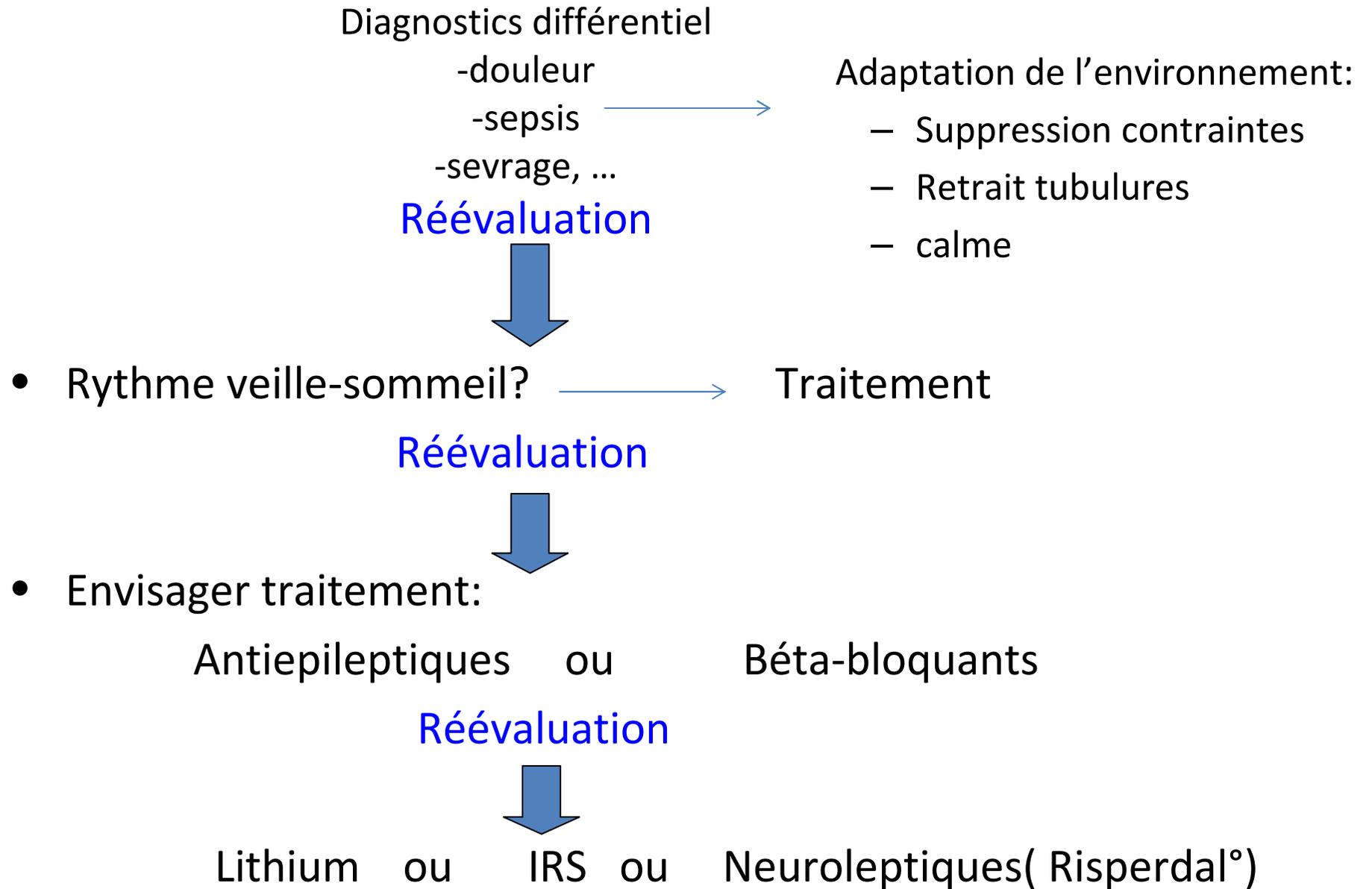
- Considérer la nécessité d'un traitement...et le réévaluer quotidiennement.

Existe-t-il une alternative aux traitements médicamenteux (Peut-on les éviter?)

- Caractère délétère de certaines familles de médicaments reconnu
 - Anticonvulsivants souvent intéressants
 - Betabloquants
- Non médicamenteux:
 - Programme spécifique de formation des intervenants
Par ex.: Nonviolent Crisis Intervention (Beaulieu-2008)
- Stratégie décisionnelle:
 - Agitation After Traumatic Brain Injury-Lombard LA, Zafonte RD
American Journal of Physical Medecine and Rehabilitation-2005

Comportement agité

Lombard, Zafonte 2005



Conclusion...

- Période difficile, douloureuse, angoissante... longue!
- Sa spécificité justifie une équipe originale, pluridisciplinaire, renforcée, formée, accompagnée, afin d'éviter le plus possible des sédations possiblement délétères

Unité type SRPR ou unité d'éveil

- une orientation éventuelle en psychiatrie peut parfois être envisagée (milieu « ouvert »)
- Traitements médicamenteux difficilement évitables... si possible en dernier recours
- « Mettre les moyens » sur l'environnement et l'équipe avant d'envisager les traitements médicamenteux.