

PROTOCOLE MÉDICAL

Référence à une ordonnance collective

OUI NON

OC-2020-08r01-Initier des mesures thérapeutiques et pharmacologiques en contexte de dysrèflexie autonome (DA)/hyperrèflexie autonome à la suite d'une lésion médullaire

Objet : Initier des mesures thérapeutiques et pharmacologiques en contexte de dysrèflexie autonome (DA)/hyperrèflexie¹ à la suite d'une lésion médullaire

	Version antérieure	Dernière version
Recommandé par		
Le comité directeur des ordonnances collectives et protocoles	2020-11-24	2023-12-14
Le comité de pharmacologie	2020-01-29	2023-11-29
Le comité exécutif du Conseil des infirmières et infirmiers (CECII)	2020-11-23	2023-11-30
Adopté par		
Le comité exécutif du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	2020-12-02	2024-01-17

PROFESSIONNEL(S) AUTORISÉ(S)

Les infirmières du CIUSSS de la Capitale-Nationale ou d'une agence de personnel exerçant au CIUSSS de la Capitale-Nationale qui possèdent la compétence professionnelle requise, c'est-à-dire les connaissances scientifiques, les habiletés et le jugement clinique inhérent à l'activité exercée.

SITUATION CLINIQUE OU CLIENTÈLE

Usager de 13 ans et plus ayant une lésion médullaire complète ou partielle, située à la vertèbre dorsale ou thoracique 6 (D6 ou T6) ou au-dessus et présentant une élévation de la tension artérielle systolique (TAS), d'au moins 20 mmHg (adulte) ou 15 mmHg (adolescent de 13 à 17 ans) par rapport à ses TAS habituelles due à une stimulation gênante ou douloureuse sous le niveau de lésion.

Il est important de se rappeler que la TAS au repos chez un usager ayant subi une lésion médullaire est souvent plus basse que la normale, soit environ 90 – 110 mmHg.

La dysrèflexie autonome est une urgence médicale qui requiert une prise en charge immédiate afin d'éviter des complications sérieuses, voire un décès

CONDITIONS D'APPLICATIONS

- Lésions médullaires complètes ou partielles situées à D6 ou T6 et au-dessus
- Hypertension artérielle (HTA) :
 - HTA relative : augmentation d'au moins 20 mmHg de systoliques (adulte) ou 15 mmHg (adolescent) par rapport aux tensions artérielles (HTA)
- OU
- HTA absolue : TAS plus de 150 mmHg (adulte) ou 140 mmHg (adolescent)
- Outre la hausse de TAS (relative ou absolue), la DA peut se présenter de façon asymptomatique. La DA peut aussi s'accompagner de symptômes typiques qui s'ajoutent aux indications mentionnées ci-haut (voir encadré)

¹ Hyperrèflexie autonome : ce terme est également utilisé et désigne la même problématique de santé que la dysrèflexie. Dans le but d'alléger ce document, seule l'expression dysrèflexie DA est utilisée

Liste des symptômes possibles de dysrèflexie autonome (liste non exhaustive)

- Céphalée importante
- Sudation et flushing² au-dessus du niveau lésionnel (sus-lésionnel)
- Spasticité accrue
- Arythmie
- Anxiété ou sentiment d'appréhension
- Pâleur, froideur, piloérection (chair de poule) / frisson sans fièvre en dessous du niveau lésionnel (sous-lésionnel)
- Confusion
- Vision brouillée, apparition de taches dans les champs visuels
- Essoufflement, souffle court
- Irritabilité ou comportement combatif (pour les personnes avec des atteintes cognitives ou des troubles de communication)
- Congestion nasale
- Atteinte du système nerveux central (SNC) (convulsion, diminution de l'état de conscience, hémiparésie)
- Nausée

DIRECTIVES

1. Définitions

Dysrèflexie autonome (DA) : la DA est provoquée par une réaction du corps à un stimulus douloureux ou intense sous-lésionnel (sous D6 ou T6) qui déclenche une activité massive du système nerveux sympathique. Il s'agit d'une condition médicale potentiellement dangereuse qui se caractérise principalement par une élévation sévère et rapide de la TAS. La DA peut occasionner de multiples symptômes et mener à de graves complications (ex. : crise convulsive, ischémie myocardique, AVC, décès, etc.) si elle n'est pas prise en charge rapidement et adéquatement.

Hyperrèflexie autonome : ce terme est également utilisé et désigne la même problématique de santé que la dysrèflexie autonome.

2. Causes potentielles

Les situations déclenchant la DA sont très diversifiées. La distension vésicale (globe) est une des causes les plus fréquentes, près de 85 % des cas y sont associés. L'autre cause la plus fréquente est l'accumulation de selles dans l'ampoule rectale ou une impaction rectale (fécalome).

Liste non exhaustive des autres causes possibles :

Système urinaire

- Infections urinaires, lithiases vésicales ou rénales, vessie hyperactive
- Sonde vésicale bloquée
- Procédures urologiques (cystoscopie, cathétérisme, etc.)

Système gastro-intestinal (G.I.)

- Manœuvres ou procédures G.I. (colonoscopie, curage rectal, lavement, etc.)
- Hémorroïdes
- Cholécystite, appendicite, ulcères gastriques, subocclusion

Système tégumentaire

- Plaie, phlyctène, ongle incarné, piqûre d'insecte, brûlure, coup de soleil, engelure, etc.
- Vêtements, souliers, ceinture et tous dispositifs compressifs

Système reproducteur

- Relation sexuelle, ITSS
- Menstruations, grossesse, grossesse ectopique, accouchement, vaginite
- Épididymite, compression scrotale, électroéjaculation, stimulation par vibration

Autres

- Traumatisme, fracture, embolie pulmonaire, thrombophlébite, ostéite
- Procédures diagnostiques, chirurgie, stimulation électrique fonctionnelle

² Flushing : présence de rougeur ou plaques rouges surtout au visage, à la nuque et les épaules.

3. Démarche clinique

Référer à l'annexe 1 : Algorithme décisionnel : *Conduite clinique pour l'application des mesures thérapeutiques et pharmacologiques en contexte de dysréflexie autonome (DA) et de l'hyperréflexie autonome à la suite d'une lésion médullaire.*

1. Évaluer la condition clinique de l'utilisateur selon la situation
2. Prendre les signes vitaux et obtenir de l'aide d'une autre personne, afin de monitorer la TA et la FC aux 2 – 5 minutes pendant l'application des autres interventions. **L'utilisation d'un sphygmomanomètre manuel est recommandée, car les appareils à TA électroniques sont trop lents pour détecter une hausse de TA rapide**
3. Installer l'utilisateur en position assise, relâcher les vêtements, ceinture et tous dispositifs compressifs. **Selon le contexte, il est possible d'installer l'utilisateur immédiatement dans son lit en position assise ou semi-assise. Il est alors recommandé de transférer l'utilisateur avec l'aide d'un lève-personne.**
4. Initier les mesures thérapeutiques et pharmacologiques selon les conditions d'application du protocole médical et selon l'ordre suivant :
 - Vérifier le mode d'élimination vésicale de l'utilisateur :
 - En présence d'un utilisateur porteur d'une sonde urinaire :
 - Vérifier le trajet de la sonde urinaire sur toute sa longueur afin de s'assurer que celle-ci n'est pas bloquée, coudée ou obstruée
 - Si la sonde urinaire est bloquée ou obstruée : effectuer une irrigation douce avec 10 à 15 ml de NaCl 0,9 % à la température ambiante. **Une trop grande quantité de liquide injectée dans la vessie peut exacerber la DA**
 - Si la sonde urinaire ne draine pas ou demeure non fonctionnelle : procéder au changement de celle-ci avec le gel de lidocaïne 2 %

Avant d'appliquer la lidocaïne en gel 2 %, s'assurer que l'utilisateur ne présente pas de contre-indication :

- **Hypersensibilité à la lidocaïne ou à toute autre composante du produit**
- **Allergie ou hypersensibilité connue aux anesthésiques locaux de type amide**

- En présence d'un utilisateur qui n'est pas porteur d'une sonde urinaire :
 - Effectuer un cathétérisme vésical avec le gel de lidocaïne 2 %
 - Vérifier si présence d'accumulation de selles dans l'ampoule rectale :
 - En présence de selles dans l'ampoule rectale :
 - Procéder à l'extraction des selles en **douceur** avec le gel de lidocaïne 2 %
 - Attendre quelques minutes et recommencer les manœuvres à nouveau si des selles plus hautes dans l'ampoule ont descendu.
 - En l'absence de selles dans l'ampoule rectale :
 - Évaluer les autres causes possibles
5. Aviser le médecin traitant ou de garde si aucune autre cause possible n'est identifiée ou qu'un traitement pharmacologique a été initié



ALERTE NURSING

Surveiller étroitement la TA, car la décompression d'un gros volume d'urine peut engendrer une hypotension subite et une résolution rapide de la DA.

La dysréflexie autonome peut être exacerbée par :

- L'insertion d'un dispositif d'élimination vésical (sonde ou cathéter)
 - Le toucher rectal
 - La stimulation digitale rectale
 - L'extraction des selles
 - Dans ce contexte, il est recommandé d'utiliser le gel de lidocaïne 2 %, afin de diminuer la réponse sensorielle et de permettre le relâchement du sphincter. Cependant, si le produit n'est pas disponible rapidement, il est possible de procéder avec un lubrifiant soluble dans l'eau (ex. : muco), il ne faut pas retarder l'intervention thérapeutique
6. Cesser les mesures thérapeutiques s'il y a exacerbation de la DA et initier les mesures pharmacologiques selon le présent protocole et selon la condition clinique de l'utilisateur
 7. Installer un cathéter intraveineux pour maintenir une voie ouverte avec un NaCl 0,9 % à 30 ml/h
 8. Assurer la surveillance clinique requise jusqu'à la prise en charge par les services d'urgence ou autre
 9. Contrôler les signes vitaux à la fréquence requise selon la situation et l'évaluation clinique

Mesures pharmacologiques

L'infirmière administre et ajuste les mesures pharmacologiques en fonction de la condition clinique de l'utilisateur et des contre-indications spécifiques à chaque classe de médicament. Un seul médicament parmi les catégories suivantes peut être administré, cela exclut la lidocaïne qui peut être administrée en concomitance avec les autres médicaments.

Fiche technique

1^{er} choix Nitroglycérine (Nitrolingual^{MD}) 0,4 mg en vaporisation buccale

Contre-indications	<ul style="list-style-type: none">• Hypersensibilité connue à la nitroglycérine ou à toute autre composante du produit• Allergie aux nitrates• Prise d'inhibiteurs de la phosphodiesterase 5 (PDE5) courte d'action dans les 24 h précédentes (ex. : sildénafil (viagra et revatio))• Prise de PDE5 longue action dans les 48 h précédentes tadalafil (cialis) et 24 h précédentes vardenafil (levitra)
Précautions	<ul style="list-style-type: none">• Surveiller l'apparition, l'aggravation de céphalées ou des symptômes d'hypotension comme la faiblesse ou les étourdissements• Monitorer la TA et FC selon l'algorithme en vigueur. Demeurer vigilant, car la baisse de TA peut être soudaine, particulièrement si l'utilisateur est âgé
Posologie	<ul style="list-style-type: none">• Administrer une 1^{ère} vaporisation sur ou sous la langue• Répéter aux 5 minutes pour un maximum de 3 doses au total (incluant la 1^{ère} vaporisation)
Pharmacocinétique	Début de l'effet en 1 à 5 minutes, pic d'action entre 4 à 10 minutes, durée d'action 10 à 30 minutes

2^e choix Captopril (Capoten^{MD}) 25 mg en comprimé régulier

Contre-indications	<ul style="list-style-type: none">• Hypersensibilité connue au captopril ou à toute autre composante du produit• Antécédent d'angiooedème relié à un traitement par un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA)³• Grossesse
Précautions	<ul style="list-style-type: none">• Surveiller l'apparition, l'aggravation ou les signes et symptômes d'angiooedème et d'hypotension• Monitorer la TA et FC selon l'algorithme en vigueur
Posologie	<ul style="list-style-type: none">• Administrer 1 comprimé régulier de 25 mg sublingual STAT pour 1 dose seulement• Les comprimés sont placés sous la langue, permettant ainsi un début d'action plus rapide
Pharmacocinétique	Début de l'effet en 10 à 15 minutes, pic d'action environ 1 h, durée d'action de 4-8 heures

3^{ème} choix Nifédipine (Adalat^{MD}) 5 mg en capsule

Contre-indications	<ul style="list-style-type: none">• Hypersensibilité connue à la nifédipine ou à toute autre composante du produit• Sténose aortique sévère• Infarctus aigu
Précautions	<ul style="list-style-type: none">• Surveiller l'apparition de signes ou symptômes d'hypotension et de tachycardie réflexe pouvant durer jusqu'à 1 h• Aviser le médecin si prise de bêtabloqueur sur une base régulière, afin de valider si changement de médication en remplacement de la Nifédipine• Demeurer vigilant, car la baisse de TA peut être soudaine et même causer une hypotension cérébrale et/ou cardiaque. Pour cette raison, la nifédipine est le dernier choix à envisager.• Monitorer la TA et FC selon l'algorithme en vigueur
Posologie	Administrer 1 capsule de 5 mg STAT, croquer et avaler la gélule pour 1 dose seulement
Pharmacocinétique	Début de l'effet inférieur à 20 minutes, pic d'action environ 1 h, durée d'action de 4 à 8 heures

Lidocaïne (Xylocaïne^{MD}) gel 2 %

Contre-indications	<ul style="list-style-type: none">• Hypersensibilité à la lidocaïne ou à toute autre composante du produit• Allergie ou hypersensibilité connue aux anesthésies locales de type amide
Précautions	Ne pas appliquer sur une peau avec des lésions ou blessures (brûlures, plaie, etc.)
Posologie	<ul style="list-style-type: none">• Appliquer une généreuse quantité de gel 2 % sur la zone visée (vésicale ou rectale)• Attendre 2 minutes avant de commencer les manœuvres selon l'algorithme en vigueur
Pharmacocinétique	Début de l'effet en 2 à 5 minutes, durée d'action de 15 à 45 minutes

L'épisode de dysréflexie autonome est considéré terminé lorsque l'ensemble des composantes suivantes sont résolues :

- La cause de la DA a été identifiée
- La TA est revenue dans les limites de la normale pour l'utilisateur
- La fréquence cardiaque est revenue dans les limites de la normale de l'utilisateur
- L'utilisateur est confortable et ne présente plus aucun signe de DA

Un suivi étroit permet une prise en charge rapide et appropriée, il est donc recommandé de poursuivre la surveillance pendant 2 à 4 heures suivant un épisode de DA. Cela permet de prévenir une exacerbation ou la récurrence de cette situation.

PROCESSUS D'ÉLABORATION

Le processus d'élaboration s'appuie sur la triangulation de plusieurs sources de données, incluant des recommandations de bonnes pratiques cliniques, des données probantes, contextuelles et expérientielles.

Une revue des protocoles médicaux, des guides de pratique clinique, des rapports de consensus publiés ont été consultés. Des documents provenant d'agences réglementaires ou rédigés par des associations reconnues, organismes ou ordre professionnels, monographies de produits ont également été consultés.

Le présent protocole est inspiré des normes de rédaction dictées par l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS).

OUTILS DE RÉFÉRENCE, SOURCES ET EXPERTS CONSULTÉS

Experts consultés pour la révision

Myriam Bernier-Tremblay, pharmacienne

Mélanie Boulet, physiatre

Ève Dagenais, infirmière ASI

Marie-Ève Desnoyers, médecin

Myriam Gagnon, pharmacienne

Jean-Mathieu Matte, conseiller cadre en soins infirmiers

Sources consultées

ABRAMS, G. M., WAKASA, M. (2018). *Chronic complications of spinal cord injury and disease*. UpToDate. [En ligne]. [<https://www.uptodate.com/contents/chronic-complications-of-spinal-cord-injury-and-disease>] (Consulté le 25 mars 2019)

BYCROFT, J., SHERGILL, I., CHOONG, E., ARYA, N., SHAH, P. (2005). *Autonomic dysreflexia : a medical emergency*. NCBI. [En ligne]. [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1743257/pdf/v081p00232.pdf>] (Consulté le 11 avril 2019)

CENTRE D'EXPERTISE EN SANTÉ DE SHERBROOKE Méthodes de soins informatisées. (2019). *Examen par toucher rectal*. (Consulté le 6 décembre 2018)

CENTRE D'EXPERTISE EN SANTÉ DE SHERBROOKE Méthodes de soins informatisées. (2019). *Cathétérisme vésical chez la femme*. (Consulté le 11 décembre 2018)

CONSORTIUM FOR SPINAL CORD MEDICINE. Clinical practice guidelines (2001). *Acute Management of Autonomic Dysreflexia : Individuals with Spinal Cord Injury Presenting to Health-Care Facilities. Paralyzed Veterans of America*

DYNAMED. (2018). *Spinal cord injury-chronic management*. [En ligne]. [<http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T566521/Spinal-cord-injury-chronic-management#Autonomic-Dysreflexia-Management>] (Consulté le 25 mars 2019)

KRAHN, K. , REGIER, L. (2014). *Hypertensive urgency (asymptomatic severe hypertension) : considérations for management*

KRASSIOUKOV, A. et al. (2009). *A systematic review of the management of autonomic dysreflexia after spinal cord injury.* Arch Phys Med Rehabil Vol 90

KRASSIOUKOV, A., BLACKMER, J., TEASELL, R,W,, ENG, J.J. (2014). *Autonomic Dysreflexia Following Spinal Cord Injury.* *Spinal Cord Injury Rehabilitation Evidence.* Version 6.0. Vancouver: p 1- 50

MIDDLETON, J., et al. (2014), *Treatment of Autonomic Dysreflexia for Adults & Adolescents with Spinal Cord Injuries.* Agency for Clinical Innovation. [En ligne]. [<https://www.aci.health.nsw.gov.au/networks/spinal-cord-injury>] (Consulté le 6 décembre 2018)

MILLIGAN, J., et al. (2012), *Dysrèflexie autonome: Reconnaître un grave problème courant chez les patients victimes d'une lésion médullaire.* *Canadian Family Physician-Le Médecin de famille canadien* Vol 58

RX Vigilance. (2019). *Monographie de captopril.* Vigilance Santé. Disponible sur le web à l'adresse suivante : <https://rx.vigilance.ca/module/accueil/accueil-ndx.html?cle=3efa70c6b63b221606ff85ebef4f2379>.

RX Vigilance, (2019). *Intéactions médicamenteuses de inhibiteurs de la phosphodiesterase 5 + nitrates/nitropusside.* Vigilance Santé. Disponible à l'adresse suivante : <https://rx.vigilance.ca/module/interactions/#/sheet/fr/apm>

PERIODE DE VALIDITÉ

Non applicable.

VALIDATION DU PROTOCOLE MÉDICAL



Directrice des soins infirmiers et de la santé physique
Mme Sandra Racine

2024-01-17

Date

APPROBATION DU PROTOCOLE MÉDICAL (obligatoire)



Président du CMDP, Yvan Gauthier

2024-01-17

Date