



Troisième Conférence de Consensus en médecine d'urgence de la Société Francophone des Urgences Médicales

Le traitement médicamenteux de la douleur de l'adulte dans un Service d'Accueil et d'Urgence

Créteil, 24 avril 1993

Résumé

Jury du Consensus : Président : Dr N. Simon (Poissy) ; M. Alliant (Ath. Belgique) ; P. Courant (Avignon) ; D. Brun-Ney (Boulogne) ; B. Coppere (Lyon) ; Ph. Bourrier (Angers) ; P. Mathern (Firminy).

Bureau du Consensus de la SFUM : G. Tempelhoff (Roanne) ; B. Bedock (Annonay) ; R. Ducluzeau (Lyon) ; N. Bertini (Bourg-en-Bresse) ; G. Fournier (Lyon) ; B. Blettery (Dijon) ; J.L. Lejonc (Créteil) ; F. Carpentier (Grenoble) ; O. Pottier (Nancy) ; L. Divorne (Genève) ; P.F. Unger (Genève).

L'association internationale pour l'étude de la douleur définit celle-ci comme " une expérience désagréable sensorielle et émotionnelle associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrite dans les termes évoquant un tel dommage ".

Toute douleur aiguë nécessite un diagnostic étiologique précis et si possible un traitement spécifique. Le traitement symptomatique réalise souvent la première étape.

Malgré l'existence de moyens pharmacologiques efficaces et variés, l'appréciation et le traitement de la douleur aiguë dans le Service d'Accueil et d'Urgence sont dramatiquement insuffisants.

L'objectif de la troisième Conférence de Consensus de la Société Franco-phonie des Urgences Médicales qui s'est tenue à Créteil le 24 avril 1993 était de préciser le traitement médicamenteux de la douleur chez l'adulte dans un service d'Accueil et d'Urgences. Ce texte est le résumé du document de référence, qui, avec les communications des experts, est paru dans la revue *Réanimation Urgences*.

Comment mesurer la douleur dans un service d'Accueil et d'Urgence ? Intérêt des échelles d'évaluation

La douleur est un phénomène subjectif et multidimensionnel. L'existence et le retentissement de la douleur doit et peut être systématiquement évalué dès le premier contact chez tous les patients. L'emploi d'échelles dérivées des études sur les douleurs chroniques permet un recueil uniformisé et reproductible. La mesure se fait par le malade (auto-évaluation) ou par l'observateur (hétéro-évaluation).

L'auto-évaluation utilise des échelles globales : numérique (cotation de 1 à 10), verbale simple (4 ou 5 adjectifs) ou visuelle analogique (" thermomètre" de la douleur). Elles sont rapides, facilement intégrables à l'interrogatoire et sensibles. Leur valeur reste cependant limitée par leur caractère abstrait et unidimensionnel.

Les évaluations effectuées par un observateur ou échelles comportementales analysent les manifestations verbales, non verbales et la durée du phénomène douloureux. Leur intérêt vient de ce qu'elles restent applicables même en l'absence de communication verbale. Ces échelles restent à valider dans le cadre de la douleur aiguë dans le SAU.

Quels sont les traitements de la douleur envisageables dans un service d'Accueil et d'Urgence ?

Les médicaments morphiniques

Ce sont les antalgiques les plus puissants et les plus rapides. Ils sont irremplaçables dans un SAU.

La morphine est le produit de référence utilisable dans toutes les circonstances où un antalgique central est nécessaire. Le respect scrupuleux des règles d'utilisation et de surveillance permet un emploi efficace en toute sécurité.

La voie intraveineuse est la plus rapide et la plus fiable. Les voies intramusculaire et sous-cutanée ont une résorption irrégulière et un effet peu prévisible, et sont à éviter.

Le mode d'administration le plus adapté à l'urgence est la titration par injections intraveineuses fractionnées répétées jusqu'à obtenir l'effet antalgique désiré. Par exemple, la dose d'attaque est de 0,1 mg/kg en IV lente. Si l'effet antalgique n'est pas obtenu en 15 min, des compléments de 2 mg peuvent être injectés jusqu'à une dose totale initiale de 0,15 mg/kg. La durée d'action est de 4 h, et des réinjections sont possibles. Il n'y a pas d'effet plafond.

Les effets secondaires sur la respiration et la vigilance doivent être connus. Ils sont liés à la dose et peuvent être dissociés. La naloxone (Narcan ®) à la dose de 0,2 à 0,4 mg est l'antagoniste spécifique efficace dans tous les cas.

Les effets déresseurs sont prolongés par les médicaments psychotropes et l'éthylisme aigu, l'âge, l'obésité, l'insuffisance rénale et l'insuffisance hépatique graves.

Le fentanyl (Fentanyl ®) et l'alfentanyl (Rapifen ®) sont des antalgiques agonistes purs, plus puissants, d'action beaucoup plus rapide et plus courte. Ils comportent un risque de dépression respiratoire plus important et la possibilité d'un relargage tissulaire tardif et d'une rigidité musculaire thoracique à doses élevées.

La nalbuphine (Nubain ®) et labuprénorphine (Temgésic ®) ont un effet antalgique comparable à la morphine limité par un effet plafond. A doses équiantalgiques, les risques respiratoires sont identiques à ceux des agonistes purs. La naloxone est peu efficace sur la buprénorphine.

TABLEAU I Produits morphiniques recommandés dans le SAU

Produit	Voie	Présentation	Délai d'action antalgique	Durée d'action	Délai de reliquat d'activité	Doses de départ
Morphine	IV	1 ml = 10 mg	15 min	4 h	4 h	0,1 mg/kg*
Fentanyl (Fentanyl ®)	IV	2 ml = 100 µg 10 ml = 500 µg	3 min	15-20 min	2 h	1 µg/kg
Alfentanyl (Rapifen ®)	IV	2 ml = 1 mg 10ml = 5 mg	1 min	10 min	45 min	10 µg/kg
Nalbuphine (Nubain ®)	IV	2 ml = 20 mg	3 min	4 h	8 h	0,15-0,3 mg/kg**

* Titration ** Effet Plafond.

Les médicaments non morphiniques

Les antalgiques non morphiniques sont utilisables en urgence dans la plupart des situations douloureuses. La voie d'administration la plus rapidement efficace aux Urgences est la voie veineuse.

Leurs caractéristiques communes sont l'absence d'altération de la vigilance et de dépression respiratoire, une analgésie limitée par un effet plafond et un effet potentialisateur des antalgiques morphiniques.

•Le paracétamol est l'antalgique non morphinique présentant le moins de contre-indications. A la dose unitaire de 1 000 mg, il est utilisable par voie IV ou orale. Les présentations orales d'antalgiques morphiniques mineurs dextropropoxyphène et codéine, associés au paracétamol peuvent être utiles dans le traitement ambulatoire de certaines douleurs peu intenses.

- *Les anti-inflammatoires non stéroïdiens injectables (kétoprofène)* ont un effet antalgique spécifique dans les coliques néphrétiques, coliques hépa-tiques, les algies dentaires, les dysménorrhées et les douleurs pleurales. Leur intérêt est limité car ils comportent tous des risques plus importants que le paracétamol.
- *L'acide acétylsalicylique et la noramidopyrine* n'ont pas d'indication dans le traitement des douleurs aiguës aux urgences. Les antispasmodiques n'ont pas d'effet démontré. Les anxiolytiques sont des adjuvants parfois utiles.

Les autres traitements

L'anesthésie locale ainsi que certaines techniques d'anesthésie loco-régionale doivent être utilisées en médecine d'urgence du fait de leur facilité d'apprentissage et du peu de risque à les pratiquer : le bloc crural, les blocs périphériques ainsi que les anesthésies tronculaires de la face.

La lidocaïne est l'anesthésique local le plus adapté. Son action rapide (5 à 10 min), prolongée (60 à 120 min), sa faible toxicité neurologique et cardiovasculaire justifient son utilisation. La dose maximum est de 5 mg/kg pour la Xylocaïne et 7 mg/kg pour la Xylocaïne adrénalinée.

Le protoxyde d'azote : présente des propriétés antalgiques intéressantes par sa rapidité d'action, sa réversibilité et sa grande sécurité d'emploi. Il se présente sous forme de mélange N2 O/O2 50/50 (Entonox®).

Dans tous les cas, la douleur nécessite une prise en charge globale, notamment dans sa dimension psychologique. L'hypnose ou la relaxation pourraient ainsi trouver une place dans " l'arsenal " thérapeutique anti-douleur.

Y a-t-il des douleurs à " respecter " ? Si oui, lesquelles ?

Quand la cause peut être identifiée rapidement ou immédiatement, toute abstention ou retard au traitement de la douleur est illégitime. Quand aucune hypothèse diagnostique ne fait intervenir l'évolution spontanée ou traitée de la douleur, une antalgie efficace est possible et indiquée. Certaines situations peuvent poser de difficiles problèmes d'antalgie :

- chez l'insuffisant respiratoire, il faut mettre en balance les effets délétères de la douleur et l'effet dépresseur des antalgiques morphiniques;
- chez le toxicomane, on ne doit pas méconnaître une réelle indication d'antalgique et savoir adapter les doses. Des données récentes suggèrent que même dans les douleurs abdominales de diagnostic initial incertain, la prescription précoce de morphiniques ne perturbe ni le diagnostic final, ni le pronostic des patients.

Quel est le rôle de l'infirmière dans la prise en charge de la douleur dans un service

d'Accueil et d'Urgence ? Évaluation de la douleur, réponse

Prendre en charge efficacement la douleur doit faire partie de la formation de l'infirmière. Première intervenante, elle joue un rôle essentiel dans la détection et la transmission des phénomènes douloureux et des facteurs y contribuant. Elle met en oeuvre rapidement les actes de soins non médicamenteux favorisant la diminution de la douleur.

La connaissance du malade et de la pharmacologie l'amènent à participer à la décision thérapeutique. En cas d'urgence, le traitement de la douleur peut faire appel à l'usage de protocoles thérapeutiques. Ceux-ci devront être datés, signés, établis dans le service et connus de tous. Elle assure le suivi et la surveillance régulière du malade.

