

La douleur aiguë à l'urgence

êtes-vous à l'écoute ?

par Daniel Gervais

Vous êtes de garde à l'urgence et l'infirmière vous informe que M. Lefort consulte pour une douleur abdominale aiguë. Il lui apparaît particulièrement geignard, puisqu'il se plaint constamment. Il fait de la tachycardie et sa tension artérielle est un peu élevée. Devriez-vous attendre l'évaluation du chirurgien avant de lui donner un analgésique ?

LA DOULEUR est probablement le symptôme le plus souvent signalé à l'urgence^{1,2}. Pourtant, le traitement de cet élément de détresse passe souvent en second plan ou n'est tout simplement pas pris en compte par le personnel soignant.

Il existe plusieurs mythes sur le soulagement de la douleur aiguë à l'urgence^{1,3,4}. Nous allons en passer quelques-uns en revue :

- La douleur n'est qu'un symptôme et n'est pas nocive elle-même.
- L'analgésie empêche le clinicien de conclure à un diagnostic précis.
- Les dangers des effets secondaires des opiacés sont tels qu'il est préférable de ne pas en donner, ou encore, de les administrer en petites doses (oligo-analgésie).
- Les patients qui reçoivent des opiacés à l'urgence risquent de devenir narcomanes.
- La réponse à une dose donnée d'analgésique est universelle et, par conséquent, chaque patient doit recevoir la même dose pour être soulagé.
- Les enfants et les personnes âgées ont moins mal que les adultes¹⁻⁵.

Cet article tentera de rendre l'approche de l'évaluation et du traitement de la douleur plus méthodique et plus humaine.

Comment évaluer objectivement l'intensité de la douleur à l'urgence ?

Il faut d'abord comprendre que la douleur mal soulagée a des effets négatifs à la fois physiologiques et psycho-

logiques³. Le personnel soignant devrait évaluer cette douleur le plus rapidement possible. Il a été démontré que l'évaluation de la douleur que fait le personnel soignant à l'urgence reflète mal la détresse ressentie par le patient¹⁻³, et qu'il faut donc utiliser un outil qui permettra à la personne souffrante d'exprimer l'intensité de sa douleur.

L'échelle visuelle analogue (voir l'article intitulé « Évaluation d'une douleur », des D^{res} Dion et Dechêne, dans ce numéro) est un outil efficace et standardisé qui peut être employé à l'urgence¹⁻⁴. Elle doit être bien en vue, particulièrement au lieu de triage. Il existe des situations physiques où l'échelle visuelle est difficile à utiliser, par exemple lorsque le patient est alité loin du local de triage. On peut alors recourir à une échelle numérique en demandant au patient de coter la douleur qu'il ressent de 0 à 10, 10 étant la pire douleur possible. Il y a une bonne corrélation entre ces deux méthodes². Toutefois, on recommande d'utiliser la même méthode tout au long de l'évaluation d'un même patient.

Chez les patients ayant un déficit cognitif, l'évaluation de la douleur ainsi que la réponse au traitement représentent un grand défi. Il faut quand même faire une évaluation de la douleur des patients ayant un déficit de léger à modéré, car ils peuvent répondre à un questionnaire d'évaluation de la douleur. Le processus sera cependant plus long. Pour les patients ayant un déficit cognitif important, il faut faire une anamnèse aussi fiable que possible auprès d'une personne proche du patient. L'évaluation de la douleur par l'observation du comportement (agitation, grognements) est moins fiable, mais peut faire partie de l'évaluation globale³⁻⁶.

Il est essentiel de réaliser que l'évaluation de la douleur doit se faire précocement par une méthode standardisée

Le Dr Daniel Gervais, omnipraticien et chargé de formation clinique, exerce au Centre hospitalier de Verdun.

et connue de tout le personnel soignant. Le but est de traiter tôt et adéquatement, car la douleur intense et présente depuis longtemps est plus difficile à soulager³ (voir l'article des D^{res} Dion et Dechêne).

Quelles sont les modalités de traitement de la douleur à l'urgence ?

Jusqu'à quel point doit-on soulager le patient ? Il n'est pas toujours possible de soulager complètement la douleur, et on doit ainsi tendre vers un niveau confortable pour le patient tout en maintenant une intensité acceptable d'effets indésirables des médicaments³.

On doit choisir la méthode analgésique en fonction de l'intensité de la douleur, de son siège et des diverses manœuvres qui seront effectuées. Il faut d'abord réaliser que le traitement de la douleur n'est pas que médicamenteux, mais implique une approche empathique où le personnel soignant expliquera judicieusement l'origine de la douleur, sa durée et ce qui sera fait pour soulager ce malaise. Toute intervention ou manipulation sera expliquée à l'avance¹⁻³. La distraction aide aussi à désamorcer la peur ou l'anxiété. Par exemple, une discussion sur un sujet intéressant avec le patient ou de la musique dans la salle de suture pourra s'avérer bénéfique¹.

Méthodes physiques

L'immobilisation précoce d'une extrémité blessée ainsi que l'élévation du membre atteint sont des méthodes simples et faciles à instaurer précocement au triage. L'application de glace sur des blessures aux tissus mous s'avère également utile³.

Anesthésie locale

Cette méthode d'analgésie est sécuritaire, efficace, et ne nécessite pas de surveillance particulière. On peut y avoir recours dans plusieurs situations : lacérations, certaines luxations, débridement et nettoyage de plaie, etc. Le lecteur pourra se référer à l'article traitant de l'anesthésie locale à l'urgence, dans ce numéro, pour les différentes façons d'utiliser cette méthode analgésique.

Médicament : pas de placebo

Toute personne a le potentiel de réagir à un placebo. Il est donc faux de conclure qu'un patient soulagé par un placebo imagine sa douleur. Aussi l'eau stérile ne devrait-elle jamais être utilisée³⁻⁶.

Quels médicaments faut-il privilégier pour le traitement de la douleur de légère à modérée ?

Acétaminophène

L'acétaminophène suffit souvent pour soulager les douleurs de moindre intensité. Il est bien toléré et n'a pas d'effet gastro-intestinal comme les anti-inflammatoires. On doit toutefois être conscient du risque d'hépatotoxicité chez les patients atteints d'insuffisance hépatique et ceux qui ont un problème d'alcoolisme. Les doses sont de 325 à 650 mg toutes les quatre heures jusqu'à un maximum de 4000 mg par 24 heures¹⁻³.

Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)

Bien qu'ils ne soient pas assez puissants pour soulager la douleur intense, les AINS sont un premier choix pour la douleur modérée quand il n'y a pas de contre-indication à leur usage. Il faudra faire preuve d'une vigilance particulière pour les patients âgés, qui souffrent plus souvent d'insuffisance rénale ou cardiaque et dont le risque de saignement digestif est plus élevé¹⁻³. Il ne faut pas oublier que les AINS augmentent les risques de saignement, notamment lorsqu'une chirurgie est prévue³. L'expérience clinique ne permet pas de tirer de conclusions en ce qui a trait à l'usage des coxibs.

Les AINS sont aussi fort utiles en association avec des opiacés¹⁻³. On cite souvent l'exemple de l'usage d'un anti-inflammatoire avec de la morphine intraveineuse lors d'une crise de colique néphrétique. Les AINS sont aussi des coanalgésiques très efficaces contre les douleurs osseuses et articulaires.

Codéine

L'usage de la codéine seule n'est pas un premier choix

Il est essentiel de réaliser que l'évaluation de la douleur doit se faire précocement par une méthode standardisée et connue de tout le personnel soignant.

parce qu'elle provoque de nombreux effets secondaires gastro-intestinaux¹ (voir l'article intitulé « Traitement sécuritaire et efficace avec des opiacés », de la D^{re} Geneviève Dechêne, dans ce numéro). Par contre, l'association d'acétaminophène et de codéine est plus efficace que l'un de ces deux médicaments seul¹.

Si le patient n'est pas soulagé par les modalités thérapeutiques ou les médicaments précités, l'usage d'opiacés à courte durée d'action comme la morphine ou l'hydromorphone est préconisé. Les doses de départ de morphine par voie orale sont de 5 à 10 mg environ toutes les trois à quatre heures, avec un délai d'action de 45 minutes environ. Pour les personnes âgées, il est recommandé de débiter par des doses plus faibles (environ 50 % de la dose généralement recommandée) (voir l'article intitulé « Traitement sécuritaire et efficace avec des opiacés » pour les doses équi-analgésiques des autres opiacés). Il faudra tenir compte des réactions antérieures du patient dans le choix d'un opiacé.

Comment traiter efficacement la douleur de modérée à intense ?

Les opiacés sont les analgésiques de choix pour soulager adéquatement la douleur aiguë intense à l'urgence. Toutefois, certains opiacés comportent des inconvénients, et leur utilisation n'est pas recommandée.

Ainsi, la mépéridine (Demerol®), pourtant utilisée fréquemment, et la pentazocine (Talwin®), aussi d'usage courant, présentent de nombreux désavantages, dont une durée d'action plus courte et une incidence plus élevée d'effets indésirables psychomimétiques notables, qui rendent leur utilisation à l'urgence injustifiée.

Pour obtenir une analgésie rapide et individualisée, la voie intraveineuse est recommandée à l'urgence. L'administration de doses plus petites mais plus fréquentes permet d'adapter le traitement en fonction de la réponse du patient tout en surveillant les effets secondaires. La voie intraveineuse évite le délai d'action associé aux voies sous-cutanées et intramusculaires. D'ailleurs, la voie intramusculaire est à proscrire en tout temps. De plus, l'absorption par ces voies est inadéquate chez les patients hypovolémi-

ques ou hypotendus¹⁻³. On pourrait par contre utiliser la voie sous-cutanée une fois l'analgésie initiale terminée afin d'assurer le bien-être du patient s'il ne peut prendre de médicament par la bouche. La morphine est l'opiacé le plus souvent conseillé pour une administration intraveineuse. Le fentanyl peut aussi être utilisé, particulièrement dans les situations où il y a atteinte hémodynamique, puisqu'il entraîne moins d'effets hypotenseurs⁷.

Posologie individualisée

Chez l'adulte, l'âge plutôt que le poids est le facteur qui détermine la dose à employer initialement³. Les patients plus âgés répondent à des doses plus petites et l'effet analgésique dure plus longtemps.

La réponse à une dose d'opiacé n'est pas universelle. Elle est très individuelle et l'intervalle auquel on doit répéter la dose n'est pas le classique quatre heures, mais bien ce dont le patient aura besoin pour se sentir bien sans subir d'effets secondaires. Cet intervalle peut être aussi court que deux heures. La dose maximale à donner est celle qui procure un soulagement adéquat sans causer d'effets secondaires excessifs comme la sédation et l'hypotension. On doit procéder pour chaque patient à des ajustements entre la réponse et les effets secondaires régulièrement et à des intervalles rapprochés. Les infirmières ont donc un rôle essentiel à jouer en évaluant la réponse du patient. Elles doivent être aptes à reconnaître rapidement les effets secondaires. Un protocole doit être établi et connu des infirmières et des médecins qui prennent soin de ces patients.

Surveillance des effets secondaires

La dépression respiratoire peut être évitée dans la grande majorité des cas si on individualise la dose d'opiacé. On doit faire attention à l'usage concomitant d'un médicament sédatif comme les benzodiazépines et les anti-émétiques sédatifs. Une baisse du rythme respiratoire s'est révélée un indicateur tardif et inconstant de la dépression respiratoire. La sédation est un meilleur indicateur de dépression respiratoire et est évaluée par une échelle graduée de sédation³ (tableau). La saturométrie, quoique utile, s'avère une

Les opiacés sont les analgésiques de choix pour soulager adéquatement la douleur aiguë intense à l'urgence.

RÉPÈRE

T A B L E A U

Échelle de sédation

0	Aucune
1	Légère, patient occasionnellement assoupi, facile à éveiller, réponse adéquate
2	Modérée, patient constamment ou fréquemment assoupi, facile à éveiller, réponse adéquate
3	Grave, patient assoupi, difficile à éveiller, réponse inappropriée
Sommeil normal	Patient endormi mais facile à éveiller

Source : Australia National Health and Medical Research Council. *Acute Pain Management: Scientific Evidence*. NHMRC, 1998.

méthode de surveillance peu adéquate, particulièrement pour les patients qui reçoivent un supplément d'oxygène³.

On doit donc viser le bien-être du patient avec le moins de sédation possible, c'est-à-dire un score de sédation de 2 ou moins et un rythme respiratoire de plus de huit respirations par minute³.

La figure donne un exemple de protocole pouvant servir à l'administration d'opiacés intraveineux. On arrive donc à une analgésie rapide tout en pouvant surveiller attentivement les effets secondaires possibles. Le médecin qui prescrit un tel protocole doit être en mesure d'intervenir pour maintenir la respiration par des techniques appropriées.

S'il y a dépression respiratoire, on doit utiliser un supplément d'oxygène. Si la stimulation verbale et physique ne suffit pas, on doit administrer de la naloxone par voie intraveineuse à des doses de 0,1 à 0,8 mg jusqu'à ce que le patient soit éveillé. Ce médicament n'a pas d'effet secondaire lié à la dose et est efficace en une à deux minutes. En outre, on peut administrer jusqu'à 22 mg, ce qui ne sera

probablement pas nécessaire dans un contexte d'analgésie surveillée de près à l'urgence. La durée d'action de la naloxone est de deux à trois heures, soit plus courte que celle des opiacés. On doit être à l'affût d'une récurrence de la dépression respiratoire et répéter la dose s'il y a lieu⁷.

Analgesie et douleur abdominale

La crainte de « manquer » une affection intra-abdominale grave lorsqu'on administre de l'analgésie à un patient remonte à des décennies. Des chirurgiens de renom étaient arrivés à la conclusion qu'il fallait s'abstenir, mais le bien-fondé de cette conduite n'était pas corroboré par des études.

On peut avancer aujourd'hui que l'utilisation adéquate d'une analgésie efficace dans les cas de douleur abdominale atraumatique non seulement est sécuritaire, mais permet de faire un examen physique plus précis à un patient qui coopère mieux^{3,4}.

Le patient narcomane

Certains comportements peuvent nous laisser soupçonner qu'un patient est à la recherche d'opiacés et en est dépendant psychologiquement³ :

- Recherche des renouvellements fréquents d'ordonnance ;
- Négocie sur le genre de traitement analgésique à recevoir ;
- Visite plusieurs médecins afin de recevoir une ordonnance ;
- Demande un opiacé par son nom spécifique.

La conduite à tenir est donc laissée au bon jugement du médecin. Bien que l'approche punitive ne soit pas adéquate pour un patient souffrant, il faut préciser les limites de l'administration d'opiacés et spécifier qu'elles seront strictement observées. Il faut s'attendre à ce que la dose nécessaire soit plus élevée sans être exagérée.

Comment prescrire une analgésie adéquate lorsque le patient quitte l'hôpital ?

Le médecin a le devoir de s'assurer que le patient qui reçoit son congé de l'hôpital dispose de moyens analgésiques

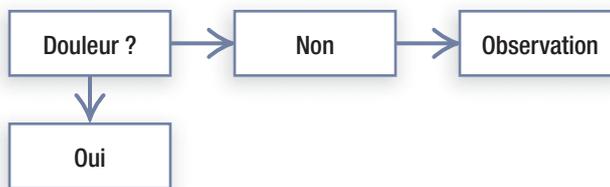
On doit donc viser le bien-être du patient avec le moins de sédation possible, c'est-à-dire un score de sédation de 2 ou moins et un rythme respiratoire de plus de huit respirations par minute.

On peut avancer aujourd'hui que l'utilisation adéquate d'une analgésie efficace dans les cas de douleur abdominale atraumatique non seulement est sécuritaire, mais permet de faire un examen physique plus précis à un patient qui coopère mieux.

FIGURE

Protocole de traitement de la douleur par voie intraveineuse

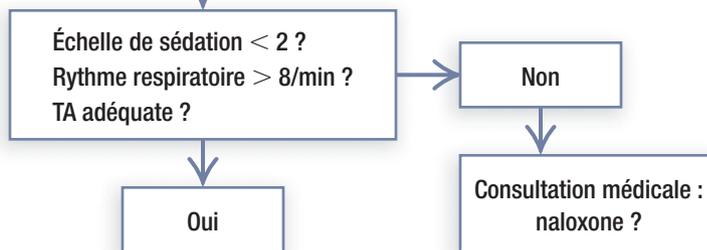
1



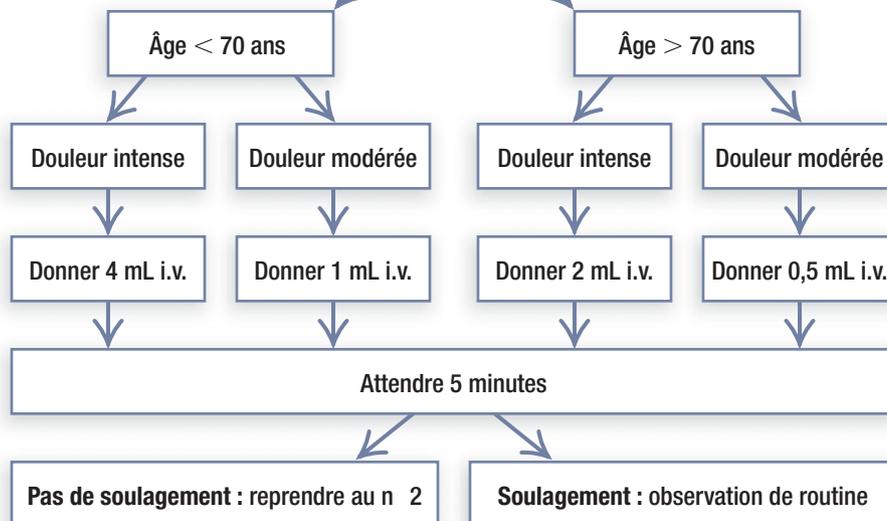
Prescription d'un protocole de traitement i.v. de la douleur ?

Préparer :
 morphine : 1 mg/mL (10 mg dans une seringue de 10 mL)
 ou
 fentanyl : 20 mg/mL (200 mg dans une seringue de 10 mL)

2



3



Source: Australia National Health and Medical Research Council. *Acute Pain Management: Scientific Evidence*. NHMRC, 1998.

suffisants pour contrer la douleur qu'il pourra ressentir jusqu'à sa prochaine consultation. Il faut juger de la dose à donner en se fondant sur celles auxquelles le patient a répondu lors de son séjour à l'urgence. On individualise donc la dose tout en prévoyant une formule permettant au patient de la réduire si sa douleur s'atténue. Il doit recevoir des instructions claires sur les signes de surdose et la conduite à tenir si cela se produisait.

De plus, quelques minutes suffisent pour expliquer au patient la cause de la douleur et l'évolution à laquelle il doit s'attendre dans les jours suivants. Il sera rassuré et risquera moins de consulter parce qu'il comprend mal son traitement.

LA PRISE EN CHARGE de la douleur aiguë à l'urgence s'avère un travail d'équipe associant le patient, les infirmières et le médecin traitant. Une surveillance étroite évitera la souffrance et des conséquences physiologiques nuisibles à la santé des patients. ❧

Date de réception : 23 juillet 2002.

Date d'acceptation : 23 octobre 2002.

Mots clés : analgésie, opiacés, traitement de la douleur à l'urgence.

Bibliographie

1. Ducharme J. Emergency pain management: A Canadian Association

S U M M A R Y

Acute pain in the ER. The management of acute pain in the emergency department must be a priority. The emergency staff must systematically evaluate a patient's pain and accordingly administer the appropriate analgesia without delay. In addition to physical and psychological methods of pain control, the physician must decide which medication is the most appropriate to the intensity of pain. I.V. opiates are the medication of choice to alleviate severe pain. The administration of this analgesic must be closely monitored to avoid serious side effects such as respiratory arrest and to ensure the patient's comfort.

Key words: analgesia, opiates, pain control in the emergency department.

of Emergency Physician (C.A.E.P.) consensus document. *J Emerg Med* 1994; 12 : 855-66.

2. Barletta J, Erstad B, Loew M. A prospective study of pain control in the emergency department. *Am J Ther* 2000; 7 : 251-5.
3. Australia National Health and Medical Research Council. *Acute Pain Management: Scientific Evidence*. NHMRC, 1998 : 185 pages.
4. Pace S, Burke TF. Intravenous morphine for early pain relief in patients with acute abdominal pain. *Acad Emerg Med* 1996; 3 : 1086-92.
5. Selbst S, Clark M. Analgesic use in the emergency department. *Ann Emerg Med* 1990; 19 : 1010-3.
6. Simons W, Malabar R. Assessing pain in elderly patients who cannot respond verbally. *J Adv Nursing* 1995; 22 : 663-9.
7. Tintinalli JE, Ruiz E, Krome RL. *Emergency Medicine*. 4^e éd. McGraw-Hill, 1996.

Le Médecin du Québec



**La version intégrale des textes du Médecin du Québec
est maintenant disponible sur le site de la FMOQ en format PDF !**

<http://www.fmoq.org>