

Symposium douleur BMS - UPSA journée du COPACAMU 2013 hôpital de la Timone Marseille

La douleur aux urgences:
Evaluation

Prise en charge thérapeutique
Décision d'orientation

Préambule: Insuffisance de prise en charge de la douleur aux urgences

- Les services d'urgences peuvent s'améliorer dans leur démarche de prise en charge de la douleur.

Prise en charge de la douleur chez l'adulte
dans des services d'urgences en France en 2010

Pain management in adult patients in emergency care units in France in 2010

E. Boccard · F. Adnet · P.-Y. Gueugniaud · A. Filipovics · A. Ricard-Hibon

- Audits cliniques réalisés dans le cadre de l'amélioration des pratiques professionnelles soutenue par l'HAS ont pour objectif de mettre l'accent sur les points à renforcer.

AUDIT URGENCES NORD 2012

Quelques points clés

- 50% des patients admis aux urgences ont eu un traitement antalgique prescrit.
- 70% des patients qui ont reçu un traitement antalgique n'ont pas été évalué par une échelle reproductible auparavant.
- 100% des évaluations faites sont des EN.
- Réévaluation insuffisante de la douleur.



Quels objectifs aux urgences?

- EVALUER tous les patients à leur arrivée aux urgences.
- TRAITER tous les patients algiques.
- REEVALUER la douleur pour apprécier l'efficacité du traitement débuté.
- ORIENTER le patient calmé de façon adaptée en fonction de sa pathologie.

EVALUER ?

- Echelles adaptées à l'urgences, utilisation simple ,rapide, facilement reproductibles, permettent une adhésion des équipes.
- Echelle numérique: EN de 0 à 10
- ALGOPLUS: sujet âgé non communicant

Echelle numérique EN

- EN 0 à 10
- « donner une note de 0 à 10 pour situer votre douleur »



ALGOPLUS: Echelle d'hétéro évaluation de la douleur aigüe adaptée au sujet âgé non communicant

- 5 items cotés OUI/NON soit 1/0
- 1. VISAGE(froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé)
- 2. REGARD(regard inattentif, fixe, lointain , suppliant , pleurs , yeux fermés)
- 3. PLAINTES(« aïe » « ouille », « j'ai mal », gémissements, cris)
- 4. CORPS (retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées)
- 5. COMPORTEMENT (agitation ou agressivité , agrippement)



Evaluation de la douleur

Echelle d'évaluation comportementale de la **douleur aiguë** chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale

Identification du patient

Date de l'évaluation de la douleur/...../.....	/...../.....	/...../.....	/...../.....	/...../.....	/...../.....	
Heurehhhhhh	
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
1 • Visage Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.												
2 • Regard Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.												
3 • Plaintes « Aie », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris.												
4 • Corps Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.												
5 • Comportements Agitation ou agressivité, agrippement.												
Total OUI	■ /5		■ /5		■ /5		■ /5		■ /5		■ /5	
Professionnel de santé ayant réalisé l'évaluation	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe		<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe		<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe		<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe		<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe		<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	

Catégoriser la douleur

Douleur modérée	Douleur sévère
$3 \leq EN \leq 6$	$EN > 6$
Algoplus=2	Algoplus ≥ 3

TRAITER LA DOULEUR

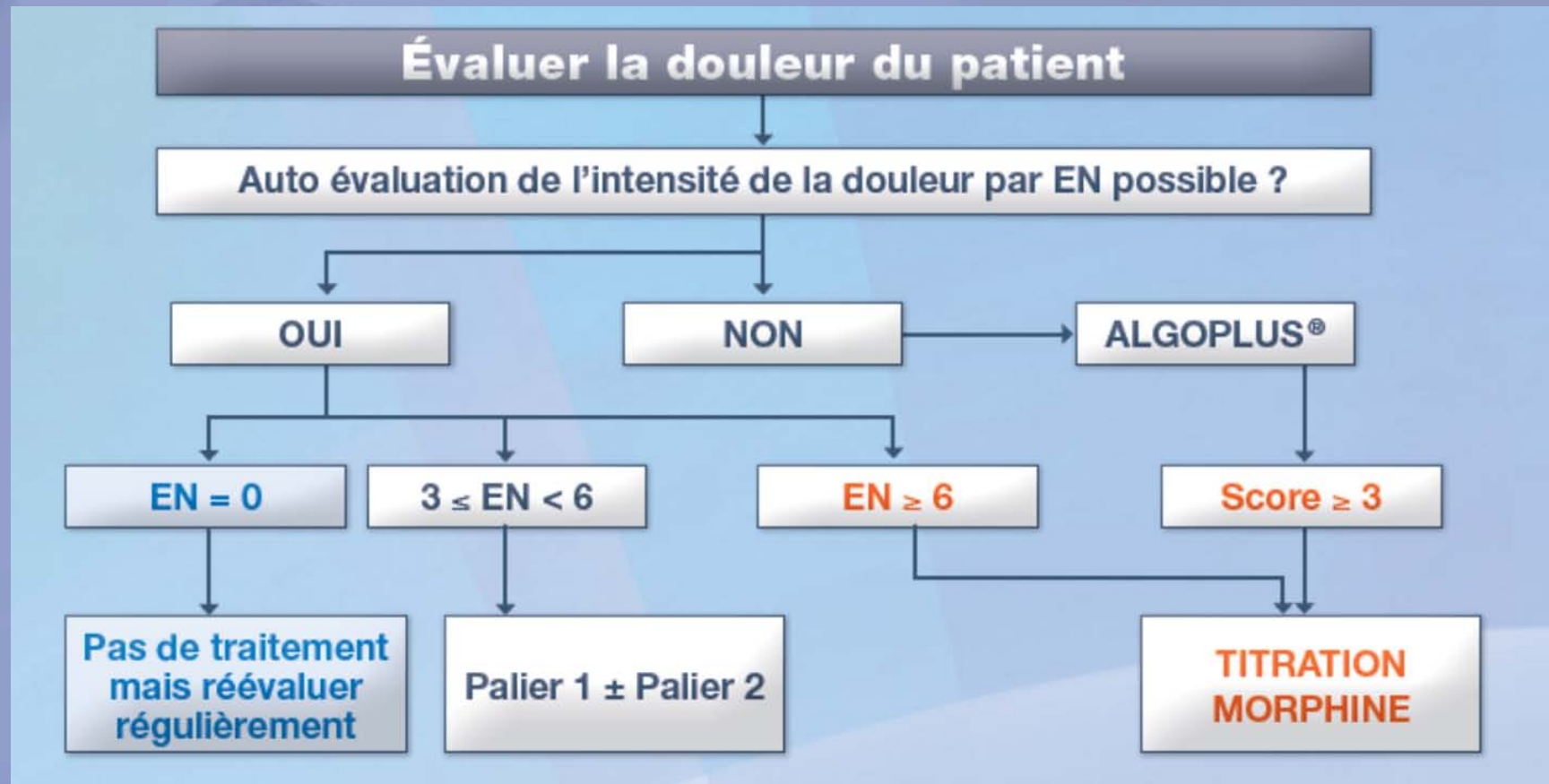
INTERROGATOIRE

ANAMNESE (contexte)

ATCD (ulcère gastro duodéal, insuffisance
hépatique ,respiratoire ,rénale)

ALLERGIES

GEDOU
(groupe d'experts douleur urgences)

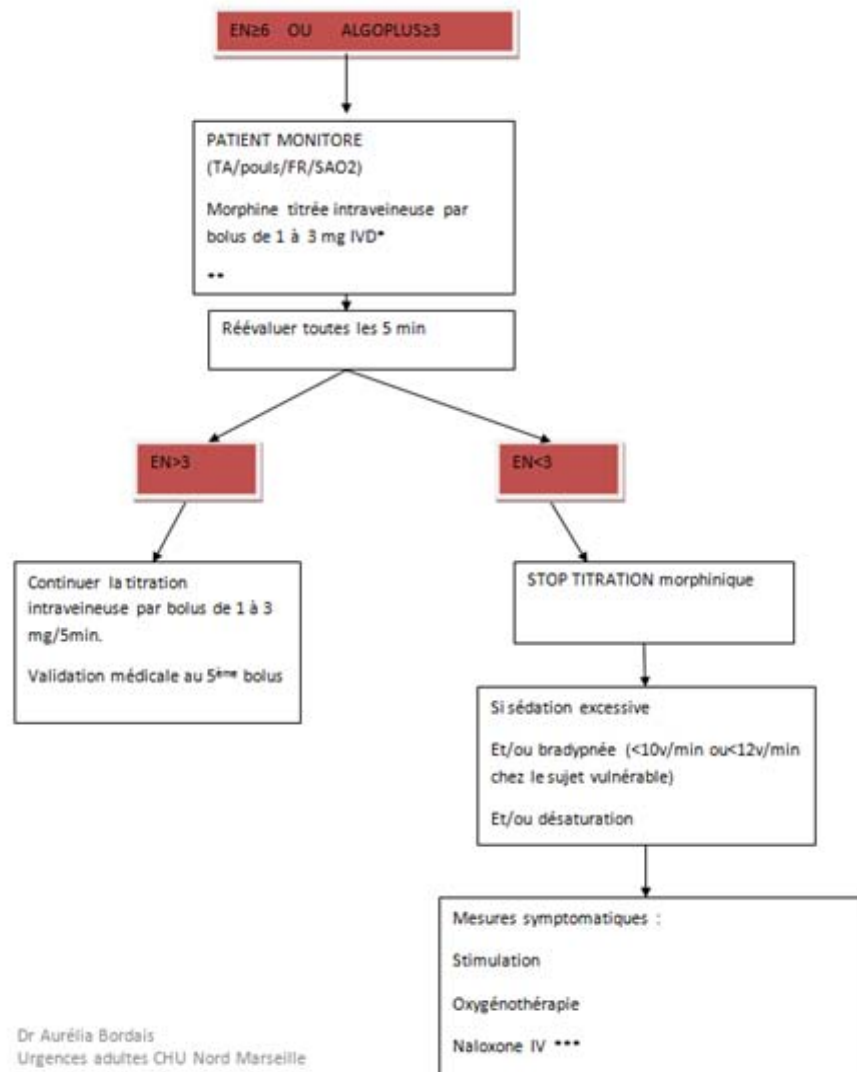


TRAITER: 3 paliers

- Palier 1 : analgésiques non morphiniques: paracétamol, AINS, acide acétyl -salicylique, nefopam.
- Palier 2: agonistes morphiniques faibles: codéine, tramadol
- Palier 3: agonistes morphiniques forts: morphine

PROTOCOLE DE TITRATION MORPHINIQUE AUX URGENCES

Objectif thérapeutique : EN \leq 3 et score de Ramsay=2 ****



Dr Aurélie Bordais
Urgences adultes CHU Nord Marseille

adultes

La morphine est l'opiacé de référence pour assurer l'analgésie des douleurs aiguës sévères du patient en ventilation spontanée.

Poids/sujet	Sujet normal	Sujet âgé vulnérable
<60kg	bolus de 2 mg	Bolus de 1 mg
≥ 60kg	bolus de 3mg	Bolus de 1 mg

- **Pour les sujets âgés vulnérables** : >90 ans, > 3 comorbidités, > 5 traitements, trouble de la communication verbale, insuffisant rénal, nous proposons un bolus de 1 mg

- *** **NALOXONE intraveineux:**
- Diluer une ampoule de Naloxone 0.4mg dans 10 ml de sérum physiologique
- Bolus de 1 ml soit 0.04mg toutes les 2 min
- But : obtenir FR > 12/min
- Possibilité de relais IVSE sur prescription pour éviter la remorphinisation.

SCORE DE RAMSAY

- 1 Le malade est anxieux, agité
- **2 Le malade est coopérant, orienté et calme**
- 3 Le malade est capable de répondre aux ordres
- 4 Le malade est endormi, mais peut répondre nettement à la stimulation de la glabella ou à un bruit intense
- 5 Le malade est endormi, et répond faiblement aux stimulations verbales
- 6 Le malade ne répond pas aux stimulations nociceptives

Etiquette patient

Médecin :

Date :

Signature :

FEUILLE DE SURVEILLANCE IDE POUR TITRATION MORPHINIQUE

Avant toute titration de morphine, le patient doit avoir un état de conscience normal et EN ≥ 6

Patient monitoré : surveillance TA/POULS /saturation en O2/FR/conscience.

HEURE										
BOLUS (mg)										
EN										
PNI										
SaO2										
FR										
RAMSAY										
Effets secondaires										

Validation médicale au 5ème bolus si le patient est insuffisamment calmé.

Dose totale de morphine reçue : mg Heure de fin de titration : h

Effets secondaires : N/V : Nausée/Vomissements, P : Prurit, RU : Rétention Urinaire, H : Hallucinations

En cas de trouble de vigilance, de FR < 10/MIN chez le sujet jeune ou FR < 12/MIN chez le sujet âgé, de SaO2 < 95%

****Arrêter tout apport de morphine***

****Prévenir immédiatement le médecin***

****Mettre O2 : masque haute concentration 12l/min***

****Position demi assise***

****Préparer le NARCAN (naloxone) : diluer 1 ampoule de 0.4mg dans 10ml de sérum physiologique.***

- Aptitude à la rue envisageable 2 heures après dernier bolus si FR > 12, SAO2 normale et conscience normale.
- Hospitalisation en unité possible : 1 heure après dernier bolus si FR > 12, SAO2 normale, conscience normale.

Meopa: mélange équimolaire de protoxyde d'azote et d'oxygène

.Les indications en urgence:

. Analgésie des actes douloureux de courte durée .
(traumatologie, réductions fractures, luxations,
pansements de brûlures)

.Actif en 3 minutes

.Durée maximum du soin 60 minutes (15 jours maximum)

.Dans un local ventilé

Technique d'administration du MEOPA

- Appliquer le masque sur le visage
- Respiration normale sans hyperventiler
- Garder un contact verbal avec le patient
- Surveiller: coloration, contact, respiration
- Surveillance scopée avec Saturation en O2 si patient a reçu morphine et/ou benzodiazépines, et /ou pathologie respiratoire.

Contre indications du MEOPA

- Détresse respiratoire
- Trouble de la conscience
- Trauma crânien grave
- Pneumothorax et emphysème
- Embolie gazeuse
- Accident de plongée
- Pneumopéritoine
- Gaz ophtalmique (min 3 mois après chirurgie)
- Anomalie neurologique d'apparition récente , non expliquée.

REEVALUER la douleur

- Objectif: EN<3
- QUEL QUE SOIT LE NIVEAU DE DOULEUR INITIAL

Décision d'orientation du patient

- Retour à domicile ?
- Hospitalisation ?

Retour à domicile

- 2 heures après la dernière injection de morphine IV
- Si conscience normale FR > 12/MIN, Sa O2 normale.
- Expliciter les consignes par voie orale pour le domicile ET remettre des consignes écrites avec une ordonnance de sortie, un courrier pour le médecin traitant ou le spécialiste.

Transfert en unité d'hospitalisation

- Lorsque le patient est soulagé
- Au moins 1 heure après la dernière injection de morphine IV.
- Si patient conscient, FR > 12/min et SaO₂ normale.
- Prévoir le relais de prescription d'antalgique adapté.

Quel relais antalgique après les urgences?

- Le potentiel Evolutif douloureux dépend de plusieurs éléments intriqués:
- Le patient et son ressenti
- Les antalgiques utilisés et les doses nécessaires pour obtenir un soulagement,
- La pathologie et son évolution.

3 Possibilités dans la gestion de la douleur aigüe

- * **Patient calmé : EN =0** (pas de prescription d'antalgique, cause éliminée)
- * **Patient EN <3**: retour à domicile et hospitalisation possible en unité
 - Potentiel évolutif douloureux faible (palier 1)
 - Potentiel évolutif douloureux fort (palier 2, palier 3 après titration morphinique).
- * **Patient EN >3**: PAS DE SORTIE DES URGENCES
SOULAGER LE PATIENT

Cas clinique colique néphrétique

M. Bidou 45 ans, 90 kg se présente aux urgences avec une forte douleur lombaire droite irradiant au flanc droit et aux OGE. Il est gêné pour uriner.

Son état hémodynamique est stable ,il est apyrétique. La BU est positive avec hématurie, pas de leucocytes ni nitrites.

EN à l'arrivée: 10

Le diagnostic le plus probable posé est une colique néphrétique droite.

- Quelle est votre prise en charge antalgique?

Quelle est votre prise en charge
antalgique?

Antalgie immédiate par voie intraveineuse.

AINS: ketoprofene 100mg IVL en l'absence de CI

Titration morphinique selon le protocole du service :
patient monitoré, surveillance IDE rapprochée

Le patient est soulagé après avoir reçu 6 mg de morphine et 100mg de ketoprofene IV.

Réévaluation de la douleur : EN=2

Le Bilan biologique ne met pas en évidence de signes infectieux ni d'insuffisance rénale.

Le patient a uriné normalement et désire rentrer chez lui, que lui dites vous?

Peut-on envisager un retour à domicile?

OUI la sortie est possible car:

Le patient est soulagé.

Le patient a uriné.

Le patient présente un colique néphrétique non compliquée (apyrexie, absence de signes infectieux, absence d'insuffisance rénale, terrain sans particularités).

- Quelle est votre conduite à tenir pour la sortie ?

Sortie accompagnée 2 h après la dernière injection de morphine.(si l'état clinique le permet),

Explications claires données au patient et fiche de consignes écrites.

Ordonnance de sortie d'antalgique systématique:

AINS : ketoprofene 100 mg PO maxi 3 Cp/J et antalgique palier 2 association paracétamol et tramadol pendant 7 jours.

La prescription d' α bloquant (tamsulosine) ou d'inhibiteur calcique se fait en dehors de l'urgence (lithiase de moins de 10 mm de la partie distale de l'uretère sur avis urologique)

Imagerie en externe dans les 48 h.(échographie ou scanner non injecté)

Courrier remis au patient pour son MT .(consultation à prévoir entre j3 et j7 avec les résultats de l'imagerie)

Fiche de consignes écrites

- *Filtrer les urines à domicile.(analyse chimique du calcul)
- *Surveiller sa température.
- *Reconsulter en urgence si **fièvre, anurie, hématurie macroscopique, douleur abdominale et vomissements intenses.**
- *Hydratation normale pour maintenir urines claires

RECOMMANDATIONS

Actualisation 2008 de la 8e Conférence de consensus de la Société francophone d'urgences médicales de 1999. Prise en charge des coliques néphrétiques de l'adulte dans les services d'accueil et d'urgences

Updating 2008 of 8th Conference of consensus of the French Society of medical emergencies of 1999. The treatment of adult renal colic by the emergency services and in ER

Je vous remercie de votre
attention.
Merci pour eux!

PRISE EN CHARGE GLOBALE DU PATIENT

ÇA TOMBE BIEN...
J'AI MAL
PARTOUT!



PHILIPPE TASTET