

## **Principes de gestion de la douleur au service des urgences pour les patients présentant des pathologies extrêmement douloureuses**

### **Introduction**

- La douleur est la raison la plus courante pour laquelle les personnes demandent une aide médicale et elle est la source de plus de deux tiers des consultations au service des urgences [4,6,11].
- La plupart des patients ressentent une douleur d'origine non traumatique.
- Les catégories principales de pathologies extrêmement douloureuses incluent la douleur dorsale ou cervicale d'origine myofasciale, la douleur abdominale, les céphalées, la douleur thoracique et les douleurs résultant d'infections des voies respiratoires supérieures [12].
- Bien que le traitement des douleurs aiguës ait reçu davantage d'attention au cours de la dernière décennie, le traitement insuffisant de la douleur est bien trop courant dans de nombreux contextes [12].
- Les principes directeurs et les protocoles en matière de gestion de la douleur, lorsqu'ils sont mis en œuvre de manière cohérente, améliorent de façon prévisible les résultats à court terme sur le plan de la douleur [5].

### **Principes déontologiques**

- Les principes déontologiques de bienfaisance (le devoir d'accomplir des actions pour le bénéfice d'autrui) et de non-malfaisance (le devoir de ne pas infliger de mal) représentent la base même de notre approche à l'égard d'une personne qui souffre.
- Par respect de l'autonomie des patients, les choix effectués parmi les différentes interventions analgésiques doivent prendre en compte les préférences du patient lorsque cela est possible.
- Les principes de justice distributive soutiennent le fait que les ressources doivent être allouées équitablement, et que les disparités inappropriées dans le traitement analgésique en raison du sexe, de l'appartenance ethnique ou du statut socioéconomique doivent être identifiées et éliminées.

### **Évaluation**

- Pour parvenir à un traitement satisfaisant de la douleur, le médecin doit tout d'abord identifier et évaluer la douleur. Il existe tout un panel d'outils d'évaluation standard à la disposition du médecin, et ceux-ci doivent être utilisés régulièrement.
- Certains sous-groupes de patients spécifiques, comprenant les nourrissons et les enfants, les personnes présentant une déficience cognitive et les personnes âgées, présentent un risque accru de traitement inadéquat de la douleur. Des outils spécifiques, tels que l'échelle FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability) et le PAINAD (évaluation de la douleur en cas de démence avancée), qui mesurent des comportements spécifiques liés à la douleur, sont nécessaires pour évaluer la douleur chez ces populations de patients [9,13].

### **Protocoles de traitement**

- Une évaluation de la douleur et des protocoles de traitement doivent être développés et mis en œuvre.
- Les organismes réglementaires qui supervisent les praticiens et les établissements de soins de santé exigent une documentation de l'évaluation de la douleur dans différents contextes cliniques.
- Les interventions analgésiques efficaces et la documentation de la réaction à ces interventions vont faire l'objet d'un examen accru.
- Les protocoles qui incluent des interventions analgésiques initiées par le personnel infirmier peuvent aboutir à un soulagement plus rapide de la douleur.

### **Pathologies spécifiques**

- Douleur abdominale aiguë :
  - Historiquement, les analgésiques ont été sous-utilisés dans le traitement de la douleur abdominale aiguë, de crainte de masquer des diagnostics potentiellement graves et d'entraîner un retard dans les interventions chirurgicales nécessaires. Cette crainte est infondée ; un certain nombre d'essais randomisés et contrôlés soutiennent l'innocuité de l'administration précoce d'analgésiques dans le contexte de pathologies abdominales aiguës.

- Des doses analgésiques titrées d'opioïdes administrées par voie intraveineuse ne masquent pas les découvertes cliniques importantes, de même qu'elles n'augmentent pas le taux d'erreur diagnostique, ni ne retardent les interventions chirurgicales appropriées [8].
- Lomalgie aiguë [1,2,3] :
  - La lomalgie aiguë d'origine myofasciale est une pathologie présentée par les patients des cabinets de médecin ou du service des urgences, très commune et spontanément résolutive.
  - Les examens par imagerie doivent être différés, à moins que les antécédents et un examen physique ne suggèrent une étiologie plus grave, comme un cancer, une infection, une fracture ou un syndrome de la queue de cheval.
  - Les besoins analgésiques initiaux peuvent être importants et un traitement doit être entamé par anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ou acétaminophène (également appelé paracétamol). Un contrôle adéquat de la douleur peut exiger l'utilisation à court terme d'opioïdes à libération immédiate. Un traitement par opioïdes à long terme ne doit pas être entamé à moins d'être préconisé par les recommandations de consensus.
  - Un traitement analgésique initial agressif permet une mobilisation précoce et permet d'éviter un alitement prolongé. L'alitement est un facteur de risque bien connu de résolution retardée de la douleur et de retour plus lent aux fonctions complètes.
- Colique néphrétique :
  - La douleur insoutenable due à la colique néphrétique est responsable, à l'échelle nationale, d'un million de visites auprès des services des urgences aux États-Unis, et l'incidence de cette pathologie est en augmentation.
  - L'association d'AINS et d'opioïdes par voie intraveineuse est supérieure à l'utilisation de l'une de ces méthodes en utilisée seule, aboutissant à une résolution plus rapide de la douleur, accompagnée de moins de nausées et de vomissements.
  - Les patients présentant des symptômes typiques doivent recevoir un traitement analgésique rapide, sans retarder le traitement dans l'attente de tests de confirmation par analyse d'urine ou imagerie [10].
- Céphalée migraineuse :
  - Les opioïdes sont rarement appropriés comme traitement initial des céphalées primaires.
  - Les antagonistes antiémétiques de la dopamine, y compris la prochlorpérazine et le métoclopramide, sont les agents utilisés de préférence pour le traitement des céphalées migraineuses établies, chez les patients se présentant au service des urgences [13].
  - Le traitement par tryptan peut être envisagé pour le traitement des migraines de novo ou non fréquentes qui ne répondent pas aux AINS, mais seulement après qu'une évaluation minutieuse ait permis d'exclure toute cause plus sérieuse de céphalées aiguës.

## Références

- [1] Chou R, Huffman LH; American Pain Society; American College of Physicians. Medications for acute and chronic low back pain: a review of the evidence for an American Pain Society/American College of Physicians clinical practice guideline. *Ann Intern Med* 2007;147:505–14.
- [2] Chou R, Huffman LH; American Pain Society; American College of Physicians. Nonpharmacologic therapies for acute and chronic low back pain: a review of the evidence for an American Pain Society/American College of Physicians clinical practice guideline. *Ann Intern Med* 2007;147:492–504.
- [3] Chou R, Qaseem A, Snow V, Casey D, Cross JT Jr, Shekelle P, Owens DK. Clinical Efficacy Assessment Subcommittee of the American College of Physicians; American College of Physicians; American Pain Society Low Back Pain Guidelines Panel. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. *Ann Intern Med* 2007;147:478–91.
- [4] Cordell WH, Keene KK, Giles BK, Jones JB, Jones JH, Brizendine EJ. The high prevalence of pain in emergency medical care. *Am J Emerg Med* 2002;20:165–9.
- [5] Decosterd I, Hugli O, Tamchès E, Blanc C, Mouhsine E, Givel JC, Yersin B, Buclin T. Oligoanalgesia in the emergency department: short-term beneficial effects of an education program on acute pain. *Ann Emerg Med* 2007;50:462–471.
- [6] Johnston CC, Gagnon AJ, Fullerton L, Common C, Ladores M, Forlini S. One-week survey of pain intensity on admission to and discharge from the emergency department: a pilot study. *J Emerg Med* 1998;16:377–82.
- [7] Kostic MA, Gutierrez FJ, Rieg TS, Moore TS, Gendron RT. A prospective, randomized trial of intravenous prochlorperazine versus subcutaneous sumatriptan in acute migraine therapy in the emergency department. *Ann Emerg Med* 2010;56:1–6.
- [8] Manterola C, Vial M, Moraga J, Astudillo P. Analgesia in patients with acute abdominal pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;3:CD005660.
- [9] Merkel SI, Voepel-Lewis T, Shayevitz JR, Malviya S. The FLACC: a behavioral scale for scoring postoperative pain in young children. *Pediatr Nurs* 1997;23:293–7.
- [10] Safdar B, Degutis LC, Landry K, Vedere SR, Moscovitz HC, D'Onofrio G. Intravenous morphine plus ketorolac is superior to either drug alone for treatment of acute renal colic. *Ann Emerg Med* 2006;48:173–180.
- [11] Tanabe P, Buschmann M. A prospective study of ED pain management practices and the patient's perspective. *J Emerg Nurs* 1999;25:171–7.

- [12] Todd KH, Ducharme J, Choiniere M, Crandall CS, Fosnocht DE, Homel P, Tanabe P. Pain in the emergency department: results of the Pain and Emergency Medicine Initiative (PEMI) multicenter study. *J Pain* 2007;8:460–6.
- [13] Warden V, Hurley AC, Volicer L. Development and psychometric evaluation of the pain assessment in advanced dementia (PAINAD) scale. *J Am Med Dir Assoc* 2003;4:9–1.

