

CAUSES DES DOULEURS INDUITES DANS UN SERVICE D'URGENCES : TRAITEMENT, PRÉVENTION.

Dr Françoise Gaillat, Praticien Hospitalier en anesthésie-réanimation, Hôpital Ste Marguerite, MARSEILLE.

La douleur est très présente dans les services d'urgences (SAU) et sa prise en charge n'est pas optimale. Plusieurs enquêtes nationales ont soulevé cette difficulté sans y apporter une réponse satisfaisante (1,2). Une enquête effectuée en France en 1980 (1) a mis en évidence une incidence importante de la douleur aux urgences, une sous-évaluation de celle-ci par l'absence fréquente de mesure objective et surtout son insuffisante prise en charge. Une nouvelle enquête (2) montre des progrès mais souligne des efforts importants à faire. Il existe en fait deux volets distincts qui ne requièrent pas forcément les mêmes éléments de prévention ou de traitement. Si le premier, qui concerne les douleurs liées à la pathologie du patient a fait l'objet de la plupart des enquêtes et propositions qui en ont découlé (1,2), le deuxième a fait l'objet de beaucoup moins d'attention, c'est celui des douleurs induites par les soignants dans un service d'urgences. Dans ce chapitre, nous allons décrire les causes principales de ces douleurs et faire des propositions de prise en charge. Il s'agit d'une préoccupation qui concerne l'ensemble du personnel médical et paramédical d'un SAU, mais aussi certains acteurs participant à la prise en charge des urgences, soit qu'ils soient susceptibles de provoquer de telles douleurs (chirurgiens) ou de participer à leur prise en charge (anesthésistes-réanimateurs).

CONDITIONS PARTICULIÈRES DES URGENCES :

Les urgences sont un lieu où les patients arrivent le plus souvent dans un contexte de stress important (événement inattendu, traumatisme, lieu à priori hostile). La réalisation du geste ou du soin douloureux doit être effectué dans un climat de confiance. Il convient donc, avant tout geste, d'expliquer celui-ci au patient et de le rassurer sur le déroulement des opérations. Ceci peut se traduire par l'adage suivant : « la manière de donner vaut parfois mieux que ce que l'on donne ».

TRAUMATOLOGIE

Situations douloureuses

Les urgences traumatiques représentent 30 à 40 % des passages dans un SAU. En traumatologie, les douleurs induites sont fréquentes : exploration et nettoyage d'une plaie, suture de plaie, déshabillage et examen d'un membre traumatisé y compris radiologique, réduction d'une luxation ou d'une fracture, extraction de corps étrangers. L'anesthésie locale est quotidiennement utilisée par les médecins des urgences, mais ne peut être la solution pour l'ensemble des douleurs induites. D'autres techniques doivent donc pouvoir être utilisées par le médecin des urgences (blocs tronculaires, MEOPA, sédation). La technique de réduction, elle-même, influe sur l'importance de la douleur induite et par conséquent sur l'importance des moyens analgésiques mobilisés. Ainsi, pour les luxations d'épaule, des techniques de réduction progressive permettent des résultats satisfaisants sans nécessité de recourir à une analgésie (3).

Quelles techniques proposer ?

Alors que l'analgésie aux urgences fait appel principalement à des médicaments antalgiques, notamment à la titration intraveineuse de morphine pour les douleurs sévères (4), ces médicaments sont souvent inadaptés à la prise en charge d'une douleur induite en traumatologie soit en raison de l'intensité brutale de cette douleur (réduction de fracture) soit en raison de la durée limitée de la douleur (réduction d'une luxation). L'effet prolongé de la morphine peut alors devenir inutile et dangereux alors que la stimulation douloureuse a totalement disparu. D'autres techniques doivent donc être développées pour pouvoir prendre en charge ces douleurs induites en traumatologie. En revanche, ces médicaments sont utiles en association soit pour soulager une douleur préexistante au geste soit pour soulager une douleur résiduelle. Il est évident qu'ils potentialisent alors l'efficacité des techniques utilisées pour contrôler la douleur induite. Certains gestes nécessitent non seulement une analgésie mais aussi un relâchement musculaire et donc au minimum une anesthésie profonde voire une curarisation (certaines luxations d'épaule, les luxations de hanche) et requièrent une anesthésie effectuée au bloc opératoire. La probabilité d'un geste chirurgical après la réduction rend peu utile la réalisation du geste aux urgences.

Anesthésie loco-régionale

Des techniques d'anesthésie locorégionale (ALR) peuvent être pratiquées par les médecins des urgences (5) et sont amenées à se développer. Le bloc du nerf fémoral est utilisé en médecine d'urgences (6) pour les fractures fémorales, en pré hospitalier. Les récentes recommandations pour la pratique des ALR par des médecins non-anesthésistes dans le cadre des urgences (7) ont proposé un certain nombre de techniques choisies en raison du rapport bénéfice/risque dans le contexte de l'urgence et pour minimiser le risque d'interférence avec une technique d'ALR ultérieure pour la réalisation d'un geste chirurgical. Il s'agit de blocs tronculaires pour les membres et la face dont l'utilisation mérite d'être développée en médecine d'urgences. Ces ALR doivent se faire en tenant compte des contraintes et spécificités de la médecine d'urgence tout en respectant les contre-indications et les impératifs de sécurité et de surveillance liés à ces techniques. L'emploi d'un neurostimulateur n'a pas été jugé indispensable dans

ce contexte, bien qu'il puisse faciliter la réalisation de certains blocs des membres. Parmi les blocs préconisés, on retiendra surtout le bloc iliofascial, les blocs du pied, le bloc du nerf médian, du nerf radial, et du nerf ulnaire (7) en dessous du coude. Le bloc de la gaine des fléchisseurs de la main est recommandé pour les gestes courts de l'index, du majeur, et de l'annulaire, à la place du bloc des nerfs digitaux, plus douloureuse et responsable d'accidents ischémiques. Pour le pouce, le bloc de la gaine du muscle long fléchisseur du pouce est également recommandé. Pour les gestes sur la face, en particulier les sutures, les blocs sont trop rarement employés, alors qu'ils devraient supplanter les anesthésies locales. Il s'agit des blocs supra-orbitaire, supra-trochléaire, infra-orbitaire et mentonnier, réalisés de manière uni- ou bilatérale (7). La lidocaïne à 1%, sans vasoconstricteur, à raison de 1,5 à 2 ml par bloc est recommandée. Le problème essentiel de ces techniques est en fait la nécessaire formation, théorique mais surtout pratique, que le médecin des urgences doit acquérir pour pouvoir les pratiquer sans risque. C'est le seul obstacle à leur diffusion pour le plus grand bénéfice des patients des urgences.

MEOPA

Le mélange équimoléculaire d'oxygène et de protoxyde d'azote (MEOPA) est un médicament anesthésique et analgésique, particulièrement intéressant pour les douleurs induites en médecine d'urgence. Administré à l'aide d'un masque transparent, son action analgésique est observée après trois minutes. Le principal intérêt du MEOPA réside dans sa sécurité d'administration et l'absence d'effet rémanent. Toutefois, le MEOPA doit être administré dans des locaux disposant d'une source d'oxygène en présence d'un personnel entraîné aux gestes d'urgences, ce qui semble comprendre naturellement les SAU. L'intérêt du MEOPA a été démontré essentiellement en pédiatrie pour les sutures (8), la réduction des luxations (9), la réduction des fractures simples (10), le drainage d'abcès (11). Par ailleurs, le MEOPA peut être utilisé pour tous les gestes invasifs pratiqués chez les enfants dans un service d'urgences comme cela a été démontré dans les services d'onco-hématologie pédiatrique (12).

Sédation

Certains gestes très douloureux nécessitent une sédation (réduction de luxation, de fracture). Plusieurs médicaments sont utilisés : des agents anesthésiques généraux comme, le propofol, la kétamine et l'étomidate, et le midazolam. Ses médicaments peuvent aussi être utilisés comme sédation de complément, notamment pour la réalisation de l'ALR. La kétamine a surtout été utilisée en pédiatrie, notamment en raison de la possibilité d'administration intra-musculaire ou intra-rectale (13). Le midazolam est la benzodiazépine la plus adaptée aux urgences en raison d'une demi-vie courte, mais une importante variabilité interindividuelle impose une titration. L'utilisation du propofol est limitée par ses effets hémodynamiques importants, son AMM précise qu'il ne peut être utilisé que par un médecin anesthésiste-réanimateur. En Amérique du Nord, l'étomidate semble de plus en plus utilisé dans les SAU, du fait de sa sécurité d'administration (14). La définition de la frontière avec l'anesthésie (prodigée par un médecin spécialisé en anesthésie-réanimation) constitue la difficulté majeure. La frontière ne peut être définie par la profondeur de la perte de conscience, car il existe un continuum entre sédation légère et anesthésie générale profonde, que l'on peut obtenir avec les mêmes médicaments (15). Cette frontière est bien décrite par les récentes recommandations sur l'ALR pour les médecins non spécialisés dans le cadre de l'urgence (7). Ces recommandations indiquent clairement qu'elles ne s'appliquent pas à l'anesthésie chirurgicale, de la compétence exclusive de l'anesthésiste-réanimateur, c'est-à-dire à l'anesthésie réalisée au bloc opératoire ou utilisant des techniques exclues des recommandations en raison du risque inhérent à la technique (anesthésies périmédullaires, blocs plexiques) ou de l'importance de l'acte qui la rend nécessaire. Ces recommandations précisent également qu'elles s'appliquent aux situations dans lesquelles le même praticien (ici l'urgentiste) réalise à la fois l'ALR (ici la sédation) et l'acte d'urgence. Le principe directeur doit être la sécurité du patient, aucune extension d'utilisation d'une procédure ne pouvant se justifier si elle s'accompagne d'une augmentation des risques pour le patient. Il est important, pour que les patients des urgences bénéficient de la technique la plus appropriée, que les services des urgences et d'anesthésie se mettent d'accord sur les indications qui relèvent de l'urgentiste et celles qui relèvent de l'anesthésiste (16).

GESTES INVASIFS

Voie veineuse

La pose de voies veineuses est extrêmement fréquente aux urgences. Du fait de la nécessité d'aller vite, la pose d'EMLA® n'est le plus souvent pas envisageable, d'autant que certaines études n'ont pas montré d'utilité évidente dans cette indication (17). La vraie question est : une voie veineuse est-elle vraiment nécessaire ? Dans une proportion non négligeable de cas la pose d'une voie veineuse n'est pas justifiée. Une politique de restriction des poses systématiques de voies veineuses doit être instituée dans les services d'urgences car celles-ci sont sources de douleurs, d'inconfort, de limitation à la déambulation, et sont associées à un risque septique non négligeable.

Voie artérielle

L'urgence de l'analyse des gaz du sang artériel ou de la pose d'un cathétérisme artériel rend le plus souvent inadaptée l'utilisation de la crème EMLA®. Toutefois, rien ne doit limiter l'utilisation d'une anesthésie locale préalable, y compris chez le patient présentant des troubles de la conscience. Cette anesthésie locale est utile pour limiter la douleur induite, faciliter la pose, techniquement difficile, en limitant les mouvements du patient, et enfin peut-être également pour limiter les spasmes artériels.

Ponction lombaire

Aux urgences, la nécessité d'obtenir rapidement une analyse du LCR (suspicion de méningite, d'hémorragie méningée) rend inadaptée l'apposition de crème EMLA® du fait de sa latence d'action. Toutefois, rien ne s'oppose à la réalisation d'une anesthésie locale cutanée avant la réalisation d'une ponction lombaire. Dans cette situation le problème de la douleur induite réside en fait ailleurs. Il convient de prévenir les céphalées post-ponction lombaire en utilisant des aiguilles de très faible diamètre (18). Ceci nécessite d'une part de bannir les aiguilles de gros diamètre dans les services d'urgences, et d'autre part de préférer les aiguilles à pointe conique (19). Un apprentissage de la technique utilisant des aiguilles de très faible diamètre (25 G) est certainement nécessaire.

Sondage urinaire

Il s'agit d'un des gestes les plus courants et les plus douloureux pratiqués aux urgences (20). L'administration intra-urétrale de gel de lidocaïne (5 ml) permet de réaliser un sondage indolore (21). Cette pratique simple est encore trop peu répandue.

Sondage naso-gastrique

Il s'agit du geste courant le plus douloureusement ressenti par les patients aux urgences, avant même la réduction de fracture ou le drainage d'abcès (20), et dont la douleur induite est largement sous estimée par les soignants. Il est recommandé de pratiquer une anesthésie topique de la muqueuse nasale avec un vasoconstricteur (lidocaïne 5 % naphazoline) à l'aide d'un coton tige d'une mèche nasale imbibée, ou d'un spray (7,22). Les contraindications (diabète, radiothérapie) doivent être respectées. Une étude randomisée a montré la supériorité de la lidocaïne visqueuse sur le spray de lidocaïne ou de cocaïne (23). Le pharynx peut également être analgésié avec une solution visqueuse ou un spray de lidocaïne.

Drainage thoracique

En dehors des situations traumatiques où le drainage thoracique s'effectue dans des circonstances d'urgence, la principale indication de drainage thoracique aux urgences est le pneumothorax spontané qui permet le plus souvent de prendre le temps d'une analgésie correcte. Une réflexion doit être mise en place dans chaque service d'urgences en collaboration avec les services de pneumologie, pour réduire les indications de pose de drain pour les cas où les techniques d'exsufflation, moins invasives s'avèrent aussi efficaces, y compris sur la récurrence (24). Il convient aussi de prendre son temps pour réaliser l'anesthésie locale et lui permettre d'agir avant la réalisation du geste. La douleur est provoquée par le par le geste lui-même, mais aussi par l'expansion pulmonaire et l'irritation pleurale du drain. L'analgésie intrapleurale (20 ml de lidocaïne à 1 %), en même temps que l'anesthésie locale pariétale, limite ces douleurs induites. Il convient aussi de prescrire un traitement antalgique efficace et adapté à la douleur après le drainage.

DÉCHOCAGE

La prise en charge d'un patient en état de choc ou d'un polytraumatisé s'accompagne de très nombreuses douleurs induites par la manipulation du patient (contusions, fractures), que ce soit pendant l'examen, le déshabillage, ou la réalisation d'examens d'imagerie, ou par les gestes invasifs multiples qui sont alors réalisés. L'anesthésie générale avec intubation endotrachéale doit très rapidement être envisagée dans ces situations car elle répond à plusieurs objectifs simultanés (25) :

- participer au contrôle des détresses vitales avérées ou potentielles, notamment en cas de traumatisme crânien ;
- faciliter la rapidité de prise en charge en limitant les gestes d'opposition d'un patient algique et/ou agité ;
- améliorer la capacité de monitoring (ETCO₂) ;
- supprimer la perception des douleurs dues aux lésions traumatiques et aux gestes invasifs multiples.

Enfin, le plus souvent l'induction précoce d'une anesthésie générale ne fait qu'anticiper sa nécessité pour un traitement chirurgical ultérieur. Cette pratique est particulièrement développée en pré-hospitalier et dans les centres d'accueil des polytraumatisés. L'existence de salle d'accueil des urgences vitales (SAUV) dans les services d'urgences offre les conditions matérielles de sécurité nécessaires (26).

QUELLE FORMATION ?

Des programmes de formation théorique pour le personnel médical et paramédical ont été mis en place sous l'égide de plusieurs laboratoires pharmaceutiques. La formation continue des médecins urgentistes doit s'efforcer de développer des techniques pas ou peu apprises dans leur formation initiale ou les techniques plus récemment découvertes. La recherche clinique aux urgences doit également s'efforcer de valider, dans le cadre des urgences, un certain nombre de données obtenues ailleurs.

En ce qui concerne les douleurs induites, l'apprentissage des techniques d'ALR nécessite une approche théorique et pratique. La participation active des anesthésistes-réanimateurs à cette formation est un des défis pour ces prochaines années afin de diffuser plus largement ces techniques simples, sûres et efficaces (7).

CONCLUSION

La prise en charge de la douleur, induite ou non, est insuffisante dans les services d'urgences, en France (1, 2) comme ailleurs (26). L'amélioration passe par un projet de l'ensemble de l'équipe, médicale et paramédicale, afin qu'une réflexion et un plan d'action spécifique se développent autour des gestes invasifs douloureux pratiqués quotidiennement. Elle passe également par le développement des techniques d'ALR et de sédation et une coopération plus étroite avec les anesthésistes-réanimateurs. La

formation des futurs médecins urgentistes dans le cadre du diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) devra prendre en compte la nécessité d'une approche à la fois pratique et théorique à ces différentes techniques.

Bibliographie

1. Ducassé JL., Fuzier R. La prise en charge de la douleur aiguë dans les services d'urgences en 1988. In : Actualités en réanimation et urgences, Société de Réanimation de Langue Française Ed., Elsevier, Paris, 1999 : 255-69
2. Ricard-Hibon A., Ducassé JL., Ravaut P., Wood C., Viel E., Chauvin M., Brunet F., Bleichner G. Quality programme for acute pain management in emergency medicine : a national survey. Eur J Emerg Med 2004 ; 11:198-203.
3. Shoukry K, Riou B. Luxation antéro-inférieure de l'épaule : réduction aux urgences sans analgésie par rotation scapulaire et traction sur l'humérus. JEUR 2004 ; 17 (Suppl 1) : S16 (abstract).
4. Aubrun F, Monsel S, Langeron O., Coriat P., Riou B. Postoperative titration of intravenous morphine. Eur J Anaesthesiol 2001 ; 18:159-65
5. Fuzier R, Tissot B, Mercier-Fuzier V, Barbero C, Caussade D, Mengelle F, Villaceque E, Virenque C., Samii K., Ducasse J-L. Évaluation de la pratique de l'anesthésie locorégionale dans un service d'urgence. Ann Fr Anesth Réanim 2002 ; 21:193-7.
6. Barriot P., Riou B., Ronchi L. Femoral nerve block in prehospital management of fractured shaft of the femur. JEUR 1988 ; 1: 21-24.
7. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation, SAMU de France, et la Société Francophone de Médecine d'Urgence. Pratique des anesthésies locales et locorégionales par les médecins non spécialisés en anesthésie-réanimation, dans le cadre de l'urgence. Ann Fr Anesth Réanim 2004 ; 23:167-76.(www.sfar.org)
8. Burton J-H., Auble T-E., Fuchs S-M.. Effectiveness of 50 % nitrous oxide/50 % oxygen during laceration repair in children. Acad Emerg Med 1998; 5:112-7.
9. Gleeson A-P., Graham C-A., Meyer A-D. Intra-articular lignocaine versus Entonox for reduction of acute anterior shoulder dislocation. Injury 1999 Aug; 30(6):403-5.
10. Evans J-K., Buckley S-L., Alexander A-H., Gilpin A-T. Analgesia for the reduction of fractures in children: a comparison of nitrous oxide with intramuscular sedation. J Pediatr Orthop 1995; 15:73-7.
11. Burnweit C, Diana-Zerpa JA, Nahmad MH, Lankau CA, Weinberger M, Malvezzi L, Smith L, Shapiro T, Thayer K. Nitrous oxide analgesia for minor pediatric surgical procedures: an alternative to conscious sedation? J Pediatr Surg 2004; 39:495-9.
12. Dolfus C., Annequin D., Adam M., Nicolas C., Ouin A., Murat I., et al. Analgésie par le protoxyde d'azote pour la pratique des gestes en onco-hématologie pédiatrique. Ann Pédiatr 1995; 42:115-21.
13. Riou B., Ducart A. Ketamine. In : Encycl Méd Chir, Anesthésie-réanimation, Editions Techniques, Paris, 1994 ; 36-305-B30.
14. Dickinson R., Singer A-J., Carrion W. Etomidate for pediatric sedation prior to fracture reduction. Acad Emerg Med 2001; 8:74-7
15. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. Conférence d'expert : Modalités de la sédation et. ou de l'analgésie en situation extra-hospitalière. Elsevier, Paris, 2000 (www.sfar.org).
16. Riou B., de La Coussaye J-E. Expertise collective et médecine d'urgence. Ann Fr Anesth Réanim 2004; 23:781-2.
17. Kal M-K., McClelland J., Philipps J., Taub N-A., Beattie R-M.. Comparison of Emla'cream vs placebo in children receiving distraction therapy for venopuncture. Acta Pediatr 2001 ; 90:154-9.
18. Safa-Tisseront V., Thormann F., Malassine P., Henry M., Riou B., Coriat P., Seebacher J. Effectiveness of epidural blood patch in the management of post-dural puncture headache. Anesthesiology 2001 ; 95:334-9.
19. Viel E., Eledjam J-J. Les céphalées après ponction lombaire. Méd Ther 1996 ; 2:143-9.
20. Singer A-J., Richman P-B., Kowalska A., Thode H-C. Comparison of patient and practitioner assessments of pain from commonly performed emergency department procedures. An n Emerg Med 1999 ; 33:652-8.
21. Siderias J., Guadio F., Singer A-J. Comparison of topical anesthetics and lubricants prior to urethral catheterization in males: a randomized controlled trial. Acad Emerg Med 2004 ; 11:703-6.
22. Nott M-R., Hughes J-H. Topical anesthesia for the insertion of nasogastric tubes. Eur J Anaesthesiol 1995 ; 12:287-90.
23. Ducharme J., Matheson K.. What is the best topical anesthetic for nasogastric insertion ? comparison of lidocaine gel, lidocaine spray and atomized cocaine. J Emerg Nurs 2003 ; 29:427-30.
24. Devanand A., Koh M-S., Ong T-H., Low S-Y., Phua G-C., Tan K-L., Philip Eng C-T., Samuel M. Simple aspiration versus chest-tube insertion in the management of primary spontaneous pneumothorax : a systematic review. Respir Med 2004 ; 98:579-90.
25. Mardegan P., Maillard L., Babatasi C., Carli P., Ducassé J-L., de La Coussaye J-E., Goldstein P., Le Conte P., Riou B., Vermeulen B. pour la Société Francophone de Médecine d'Urgence, SAMU de France, la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation, et la Société de Réanimation de Langue Française. Recommandations concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation, et l'évaluation d'une salle d'accueil des urgences vitales (SAUV). Ann Fr Anesth Réanim 2004 ; 23:8850-5 (www.sfm.org).
26. Rupp T., Delaney KA. Inadequate analgesia in emergency medicine. Ann Emerg Med 2004 ; 43:494-503.