



*De la douleur de
l'urgence... à l'urgence
de la douleur*

M. OLIVIER - N. LECOULES
CHU TOULOUSE

Je déclare n'avoir aucun conflit d'intérêt avec cette présentation



La douleur aiguë



- Premier signe d'alerte d'une agression du corps, sert à nous protéger
- L'envahissement physique puis psychique (stress) amène à la dimension de *souffrance* qui rend la douleur insupportable
- Le retentissement de la douleur sur le corps agressé va *jusqu'à l'atteinte réelle des fonctions* neurologiques (perte de connaissance), cardiaque (IDM) ou respiratoire (dépression)

- En France : **7,6 millions** (11,4%) de patients arrivent aux urgences chaque année avec des douleurs
- Dont ~ 60% pour des **douleurs traumatiques**
- **60%** des patients souffrant de douleurs modérées à sévère **ne reçoivent pas d'analgésie**
-  **des délais dans la gestion** de la douleur qui tiennent à :
 - Gros services d'urgence
 - Pas d'IOA
 - Patients âgés
 - Douleur modérée à l'entrée



(European J Anesthesiol 2011)

La douleur de l'urgence...

■ Principalement aiguë

- Due à une agression physique (traumatique, thermique ou chimique)
- Agression externe ou due à un dysfonctionnement interne

■ Souvent un **excès de nociception**

- Facile à expliquer par le patient et à comprendre par le soignant (mécanisme évident, lésion visible : fracture, brûlure...)
- Plus difficile si la douleur est d'origine viscérale
- Répond classiquement aux antalgiques de niveau 1-2-3 et AINS, au froid

■ Peut toucher le SN central ou périphérique

- Douleur irrationnelle, difficile à décrire à type de brûlure, décharge, coup de poignard, étau, démangeaisons, picotements, engourdissements, fourmis...dans une partie du corps apparemment saine !
- Doit être reconnue, évaluée (DN4) et nécessite des traitements différents (antidépresseurs, antiépileptiques...)



La douleur de l'urgence...



■ **Douleur induite** lors des démarches diagnostiques et thérapeutiques

- par **excès de nociception** : mobilisation lors du bilan d'imagerie, VVP, sonde gastrique, désinfections, sutures, pansements...
- Répondent aux antalgiques traditionnels s'ils ont eu le temps d'agir (**administration anticipées** d'autant plus que par voie orale),

- Aux **AL**



- Mais aussi à des techniques faciles à mettre en œuvre :



- Froid
- MEOPA
- Méthoxyflurane
- Ou bientôt sufentanil 15 µg perlingual...



La douleur de l'urgence...

« *La douleur est un aussi puissant modificateur de la réalité que l'ivresse* »

Marcel Proust, *Albertine disparue* – Posthume, 1927

■ La Douleur Aiguë a un caractère brutal et inattendu



- Réactions inappropriées des patients (agressives parfois)
- Besoin de **beaucoup d'empathie** et de compréhension de la part des soignants



■ Il faut comprendre le patient!

- la perte brutale d'autonomie,
- la peur du diagnostic et de ses conséquences sur les projets d'avenir,
- la perte de revenus (arrêt de travail)

■ Devant un agression traumatique : rechercher le contexte de survenue

- Accident du travail
 - Responsabilité civile
 - Imprégnation toxique
- } Conséquences (soin, avenir...)

Nociceptif, neuropathique...
mais aussi retentissement psychologique !

La douleur de l'urgence...

- Aiguë... mais parfois **exacerbation d'une douleur chronique**, permanente ou épisodique

- Douleurs appelées « nociplastiques » : migraine, fibromyalgie...
- Douleurs musculo-squelettiques avec ou sans atteinte radiculaire
- Drépanocytose
- Douleurs du cancer



- Avec **épuisement psychique** lié à la chronicité de la Douleur, à la peur de l'évolution de la maladie

- Réactions irrationnelles
- Idées de suicide

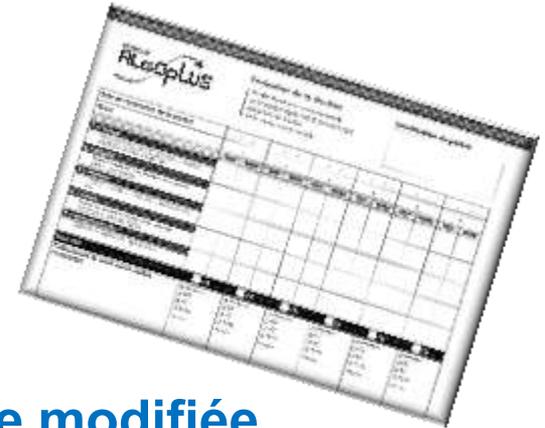
- **Dans des Services d'Urgence surchargés seul recours !**

- Non adaptés
- Prise en charge complexe et chronophage
- ➡ Exacerbation du ressenti douloureux

La douleur de l'urgence...

■ Patients peu ou non communicant :
réelle douleur pauci-symptomatique chez

- Personnes âgées
- Certaines pathologies psychiatriques
- ➔ Echelles d'évaluation adaptées : Algoplus®



■ L'expression de la Douleur Aiguë peut aussi être modifiée

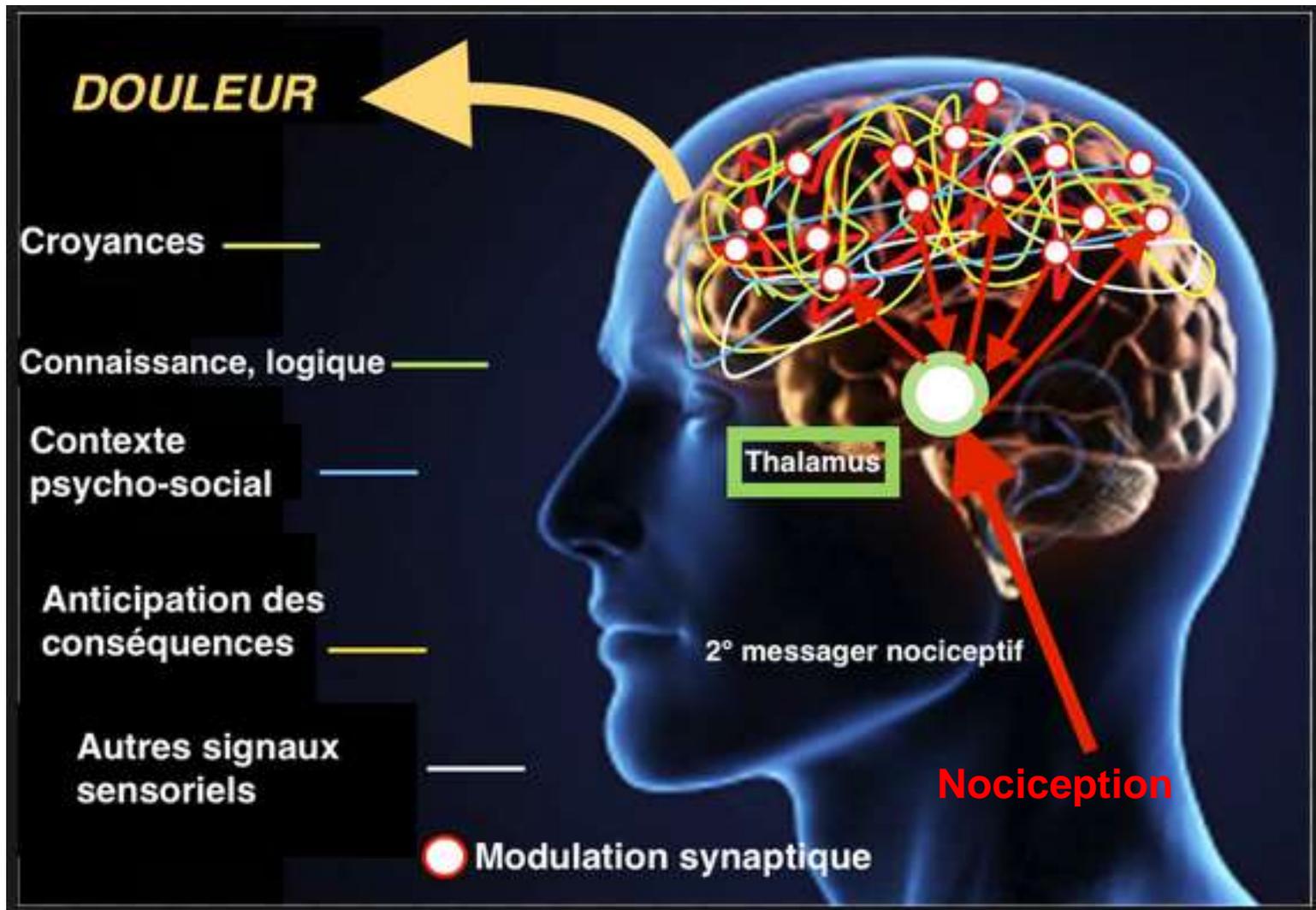
- Education
- Ethnie
- Facteurs philosophiques, sociaux, familiaux ou religieux
- Exagération théâtrale (Σ d méditerranéen) ou stoïcisme inexpressif
- ➔ Peut amener le soignant à sous estimer voire nier la douleur



➔ Le soignant doit de principe croire le patient

- Rechercher la douleur non ou mal exprimée
- Utiliser les échelles qualitatives (DN4 - HAD) ou quantitatives validées
- S'appuyer sur les études qui ont quantifié dans de grandes séries les douleurs aiguës ressenties (fractures, brûlures, péritonites, coliques néphrétiques...)
- Eviter de se projeter à travers l'expression douloureuse du patient
- **Prendre en charge la Douleur Aiguë quel que soit le profil expressif du patient !**

La douleur de l'urgence...



Plus complexe qu'on ne le croit !

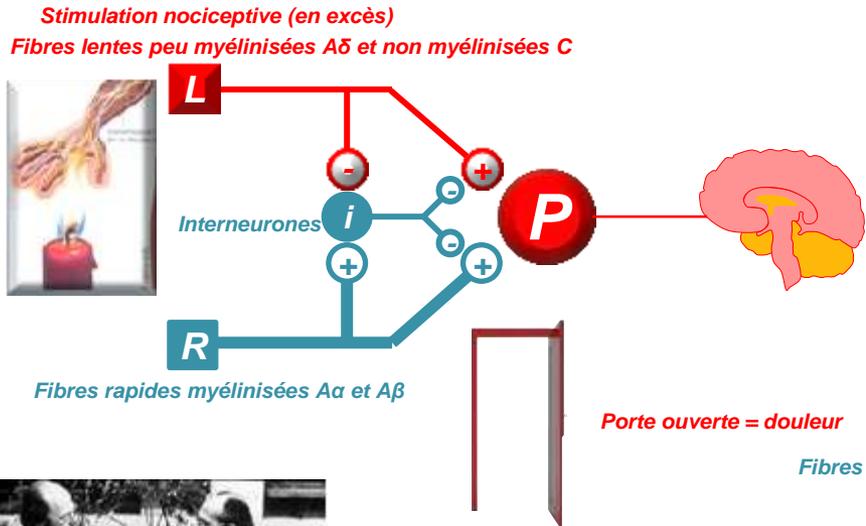
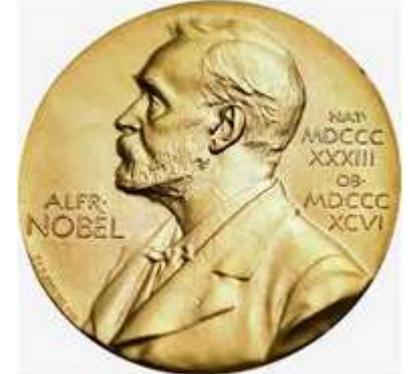


**Quelques mécanismes
simples à connaître**

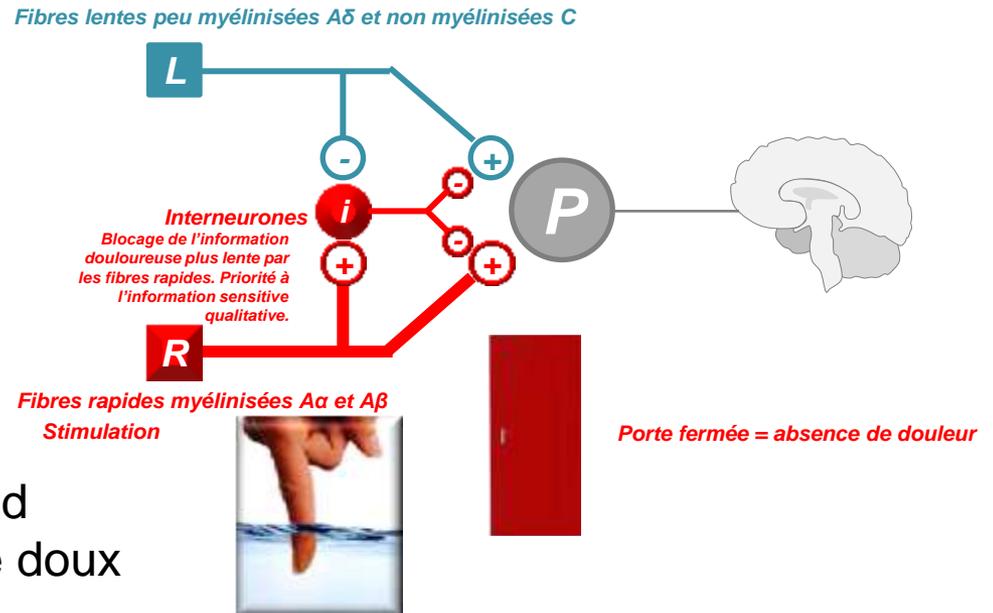
pour

**Mieux comprendre
et bien traiter**

Un premier découvert en 1965 : le contrôle de porte (Gate Control)



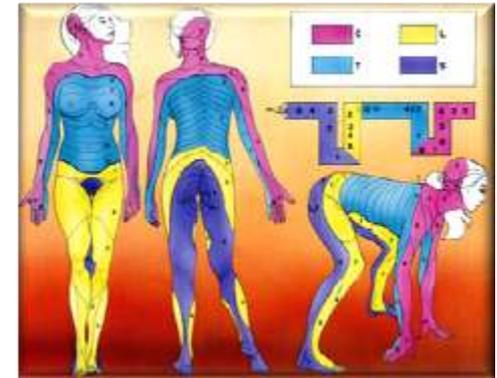
Melzack et Wall



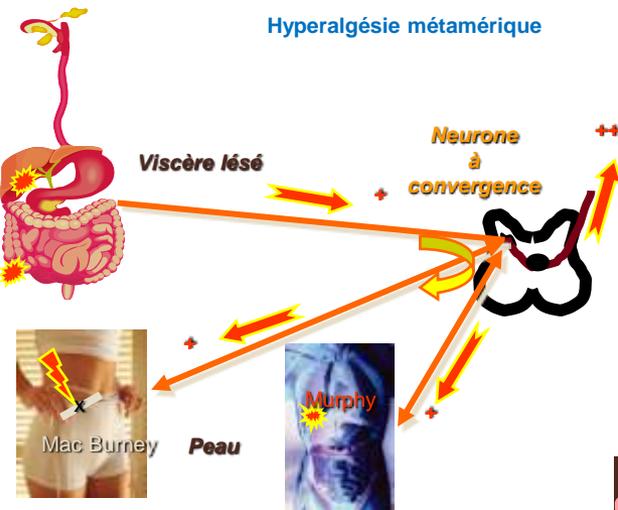
- Explique le rôle analgésique du froid
- Et le rôle des TENS et du massage doux

La convergence et l'hyperalgésie métamérique

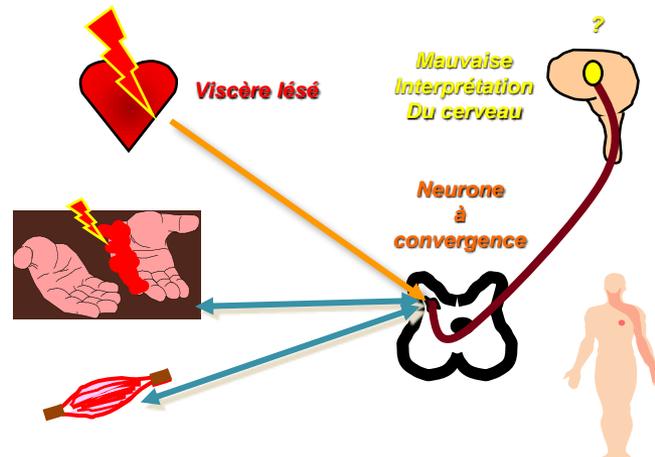
- La convergence : explique les douleurs projetées, référées ou métamériques



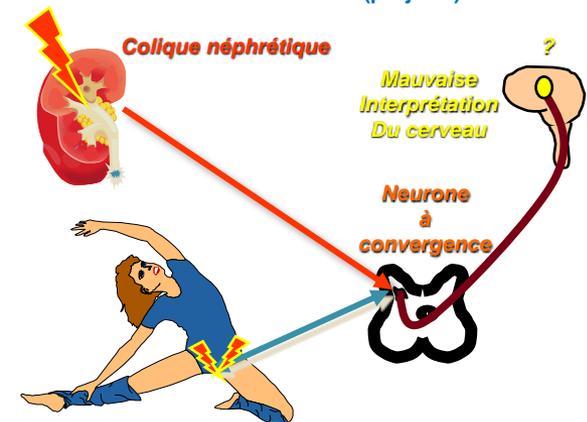
Hyperalgésie métamérique



Douleur référée (projetée)



Douleur référée (projetée)



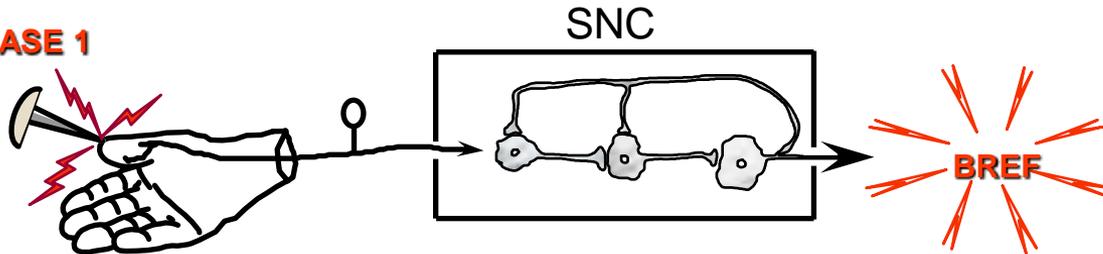
- Signe de Kehr : douleur à l'épaule = irritation diaphragmatique (hémopéritoine)
- Douleur de la face médiale du genou dans la coxarthrose

... L'urgence de la douleur

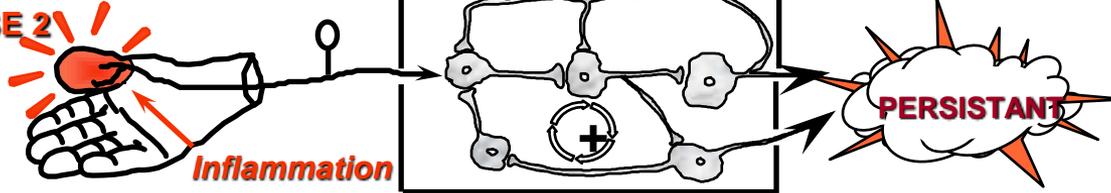
Qu'importe la douleur d'aujourd'hui puisqu'elle est le commencement d'autre chose !

Paul Claudel; Le soulier de Satin, 1929

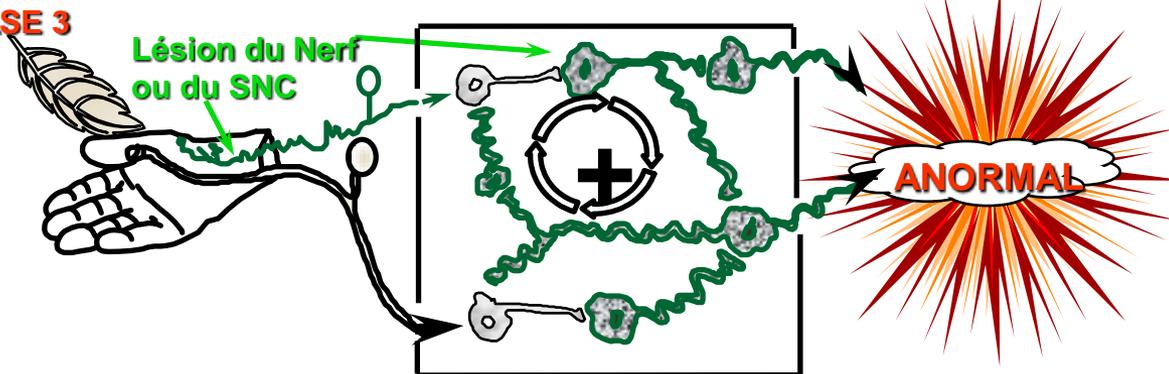
PHASE 1



PHASE 2



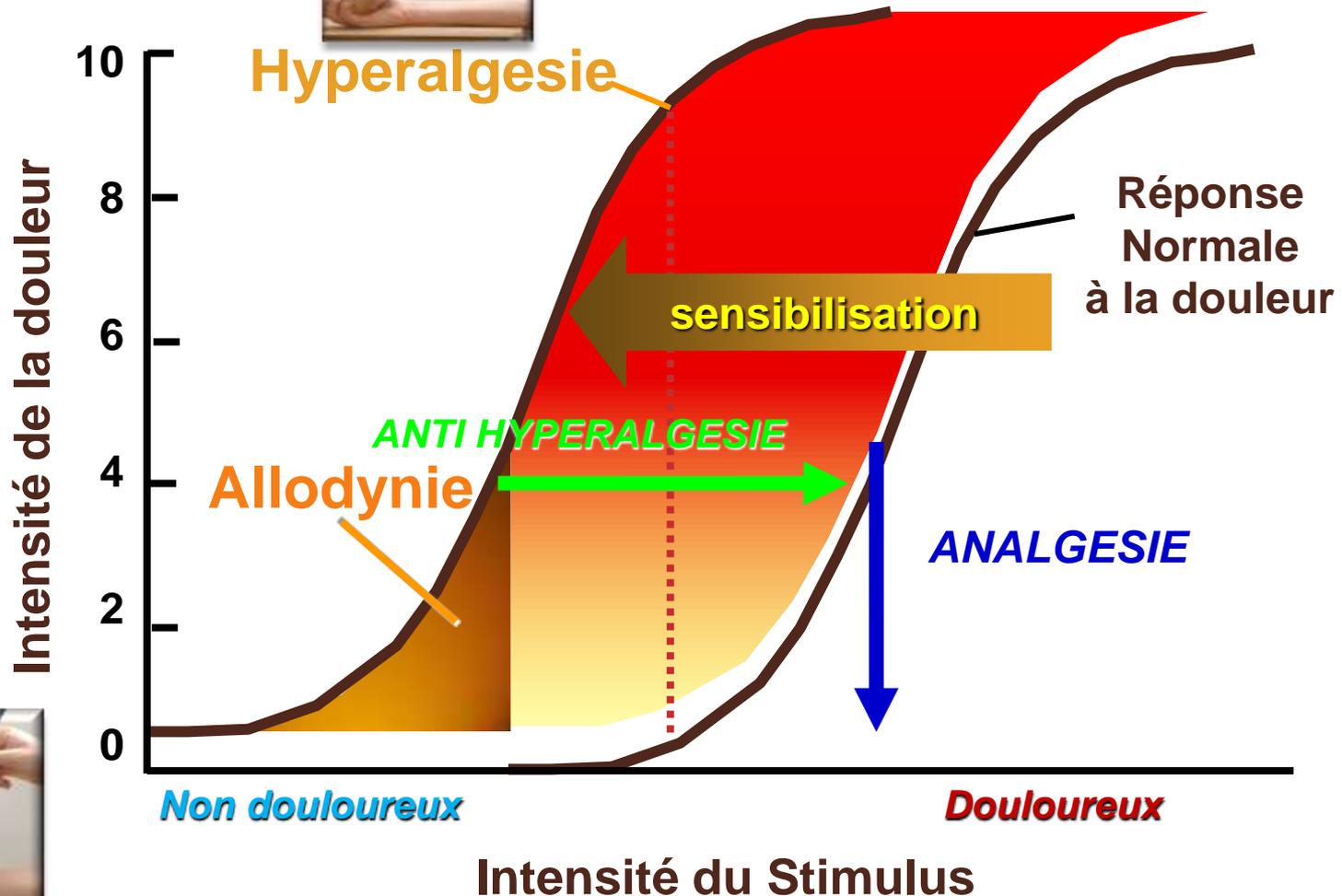
PHASE 3



... L'urgence de la douleur



Sensibilisation par la douleur



Effets délétères potentiels associés au soulagement inadéquat de la douleur

Troubles cardiaques

- hypertension artérielle
- tachycardie
- arythmie
- insuffisance coronarienne et cardiaque

Apparition d'un état procoagulant

- thrombose veineuse
- infarctus du myocarde

Troubles métaboliques

- hyperglycémie
- balance azotée négative

Troubles électrolytiques

Troubles respiratoires

- atélectasie pulmonaire
- hypoxémie
- pneumonie

Mobilité et ambulation réduite

Troubles psychologiques

- anxiété
- peur
- dépression

Troubles immunitaires

**Effets
délétères
potentiels
associés au
soulagement
inadéquat de
la douleur**

... L'urgence de la douleur

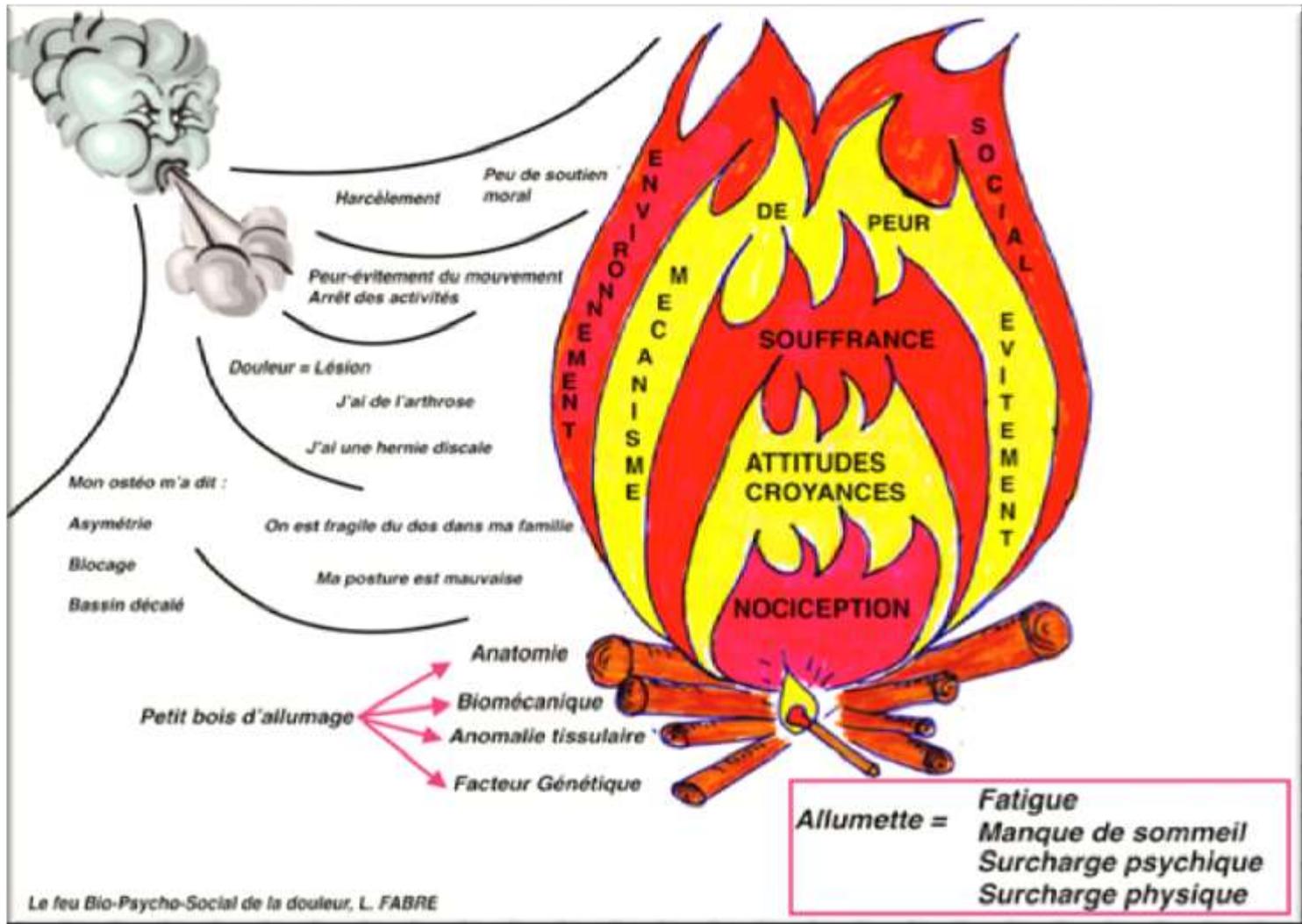
**« La douleur ne meurt
pas quand elle semble
épuisée »**

William Shakespeare,
Richard III, 1592

... L'urgence de la douleur

« *Chacun peut maîtriser une douleur, excepté celui qui souffre* »

William Shakespeare, *Beaucoup de bruit pour rien*, 1600



Alors?... 3 principes de traitement !

■ Traiter VITE



■ Traiter FORT



■ Traiter LE TEMPS NECESSAIRE



De nombreux moyens

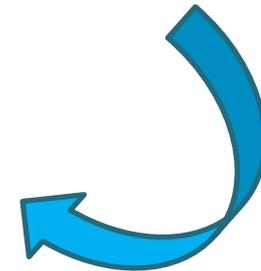
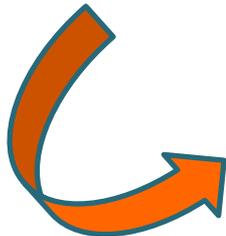
Médicamenteux



**Savoir faire
Savoir être**



**Non
Médicamenteux**



Médicamenteux

+

**Non
Médicamenteux**

Etiologique

Co-Analgésiques

Symptomatique

*Chaud
Froid
Immobilisation
Relax.musculaire (ALR)
Oxygène
Dérivés nitrés
AINS
Lavage plaies*

*•Antihyperalgésiques
Kétamine
Néfopam
MEOPA
•Anxiolytiques
•Clonidine*

*Antalgiques 1, 2, 3
AINS
MEOPA
Méthoxyflurane
Froid Chaud
TENS
Antidépresseurs
Antiépileptiques
Anesthésiques locaux
Lavage brulures*

Multiplier les moyens

**Abord du patient
Professionalisme**

**Antalgiques
niveau 1 et 2**

**AINS
incisifs**

Psychologique

**Analgésiques
Niveau 3**

Immobilisation

**Adjuvants
de l'analgésie**

Chaud, froid

**N2O/O2
Méthoxyflurane**

AL

ALR

AG

Kétamine

DOULEUR

Analgésie multimodale

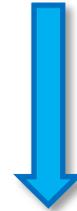
Pour une prise en charge adéquate

Symptôme Douleur

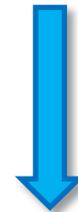


Traitement antalgique
symptomatique

Symptôme Douleur



Physiopathologie?



Traitement antalgique
adapté



*Je vous remercie...
Et si nous en parlions ?*