

JARCA 2022

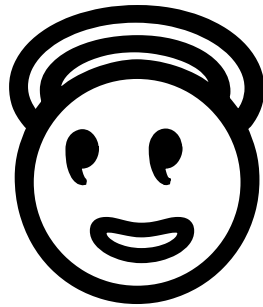
Prise en charge de la douleur aiguë aux urgences

Michel Galinski

Pôle Urgences adultes – SAMU

Hôpital Pellegrin – CHU de Bordeaux

Parcours douleur idéal



T0 Admission



T1

Infirmi/er/ère Organisation de l'accueil IOA



TRI

Intensité douleur = EN

Algorithme RFE SFMU-SFAR 2010

EN<6

Paracétamol : 1 g IV en 15'
Ou Palier II
± AINS IV en 15 min
± MEOPA
± ALR

EN≥6

Morphine: Titration IV/2 à 3 mg
± MEOPA
± AINS IV en 15 min
± ALR

TRI =>

➤ Intervention médicale immédiate

➤ PEC dans les 20 minutes ➡ Douleur sévère

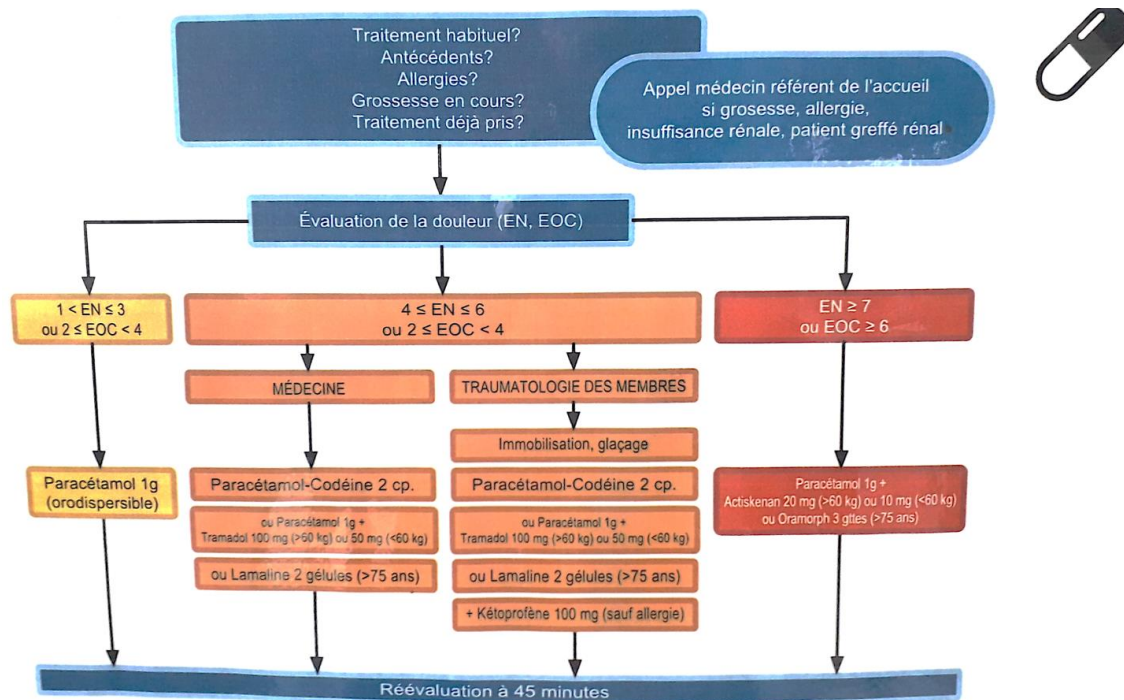
➤ 60 minutes

➤ 120 min

➤ 240 minutes

PRECOCITE DU TRAITEMENT ANTALGIQUE

=> PRESCRIPTIONS ANTICIPEES



T2

- REEVALUATION À 30 et/ou 60 minutes
- PRISE EN CHARGE MEDICALE RAPIDE

T3

- BOX SOINS D'URGENCES
- TITRATION DE MORPHINE 3 mg/ 5 minutes jusqu'au soulagement



EN $\leq$ 3



Intravenous morphine titration to treat severe pain in the ED[☆]

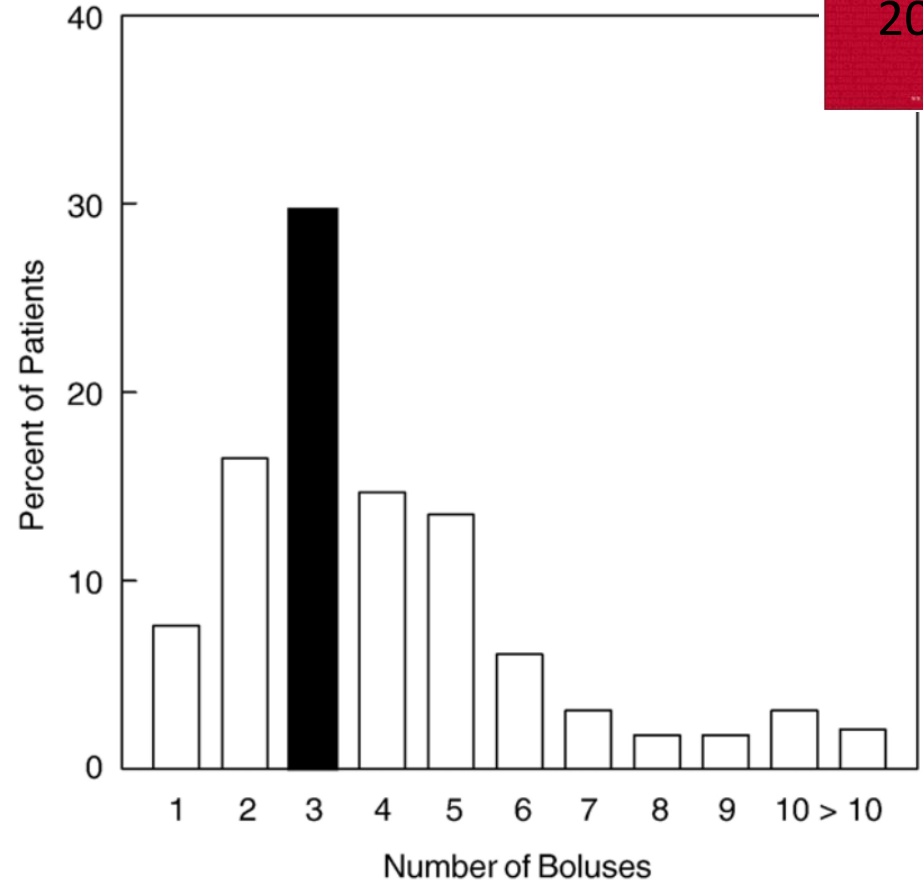
Virginie Lvovschi MD, Frédéric Aubrun MD, PhD, Pascale Bonnet MD.
Anna Bouchara MD, Mouhssine Bendahou MD, Béatrice Humbert,
Pierre Hausfater MD, Bruno Riou MD, PhD*

URGENCES

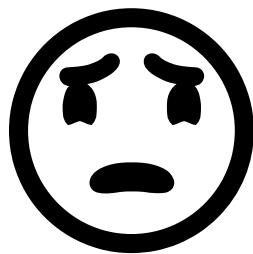
EVA T0 ≥ 7

Morphine titrée 3mg/5 min

N = 621



La vraie vie





SOINS D'URGENCE URGENCES

21 millions d'admissions/an

DOULEUR AIGUE : 70%

Douleurs sévères: 45%

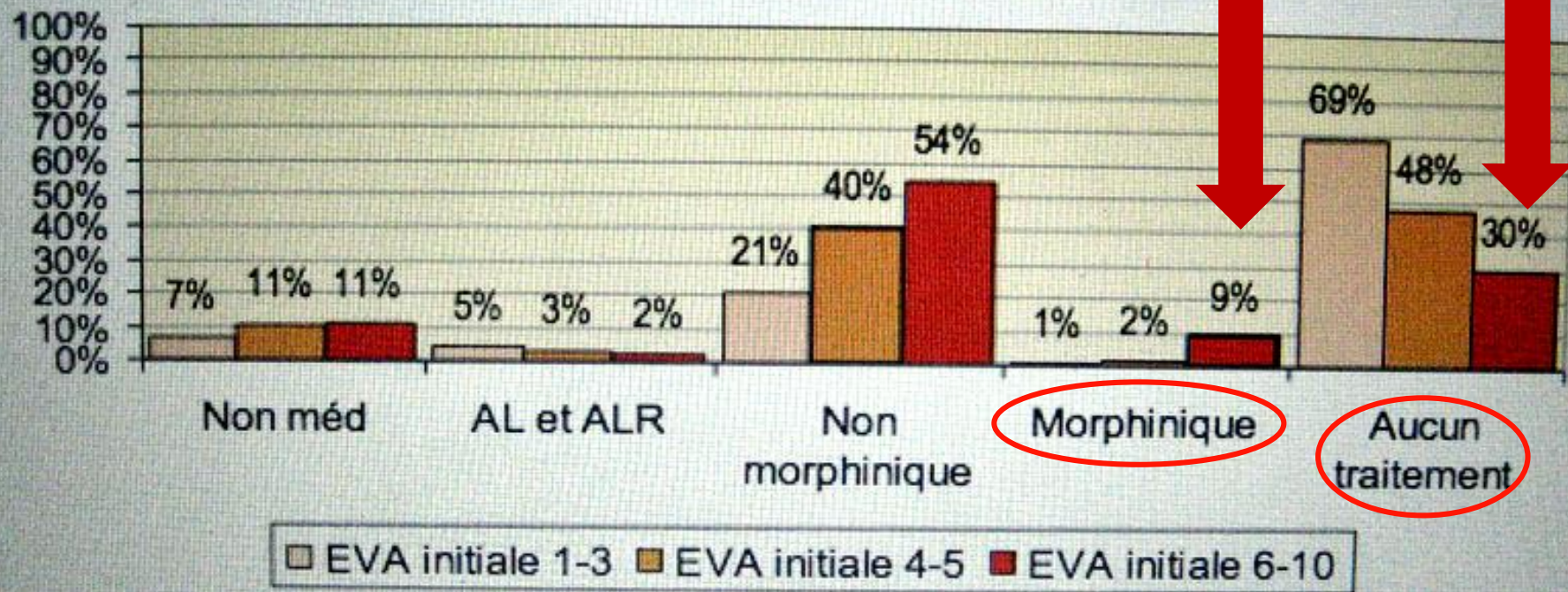
Qualité de la prise en charge

Guéant et al Eur J Anaesth 2011

50 hôpitaux français
11 617 patients

Proportion de
patients
douloureux

Prise en charge initiale : type de traitement



Pain in the Emergency Department: Results of the Pain and Emergency Medicine Initiative (PEMI) Multicenter Study

J Pain 2007

Knox H. Todd,* James Ducharme,[†] Manon Choiniere,[‡] Cameron S. Crandall,[§]
David E. Fosnocht,^{||} Peter Homel,[¶] and Paula Tanabe,** for the PEMI Study Group

Prospectif, multicentrique

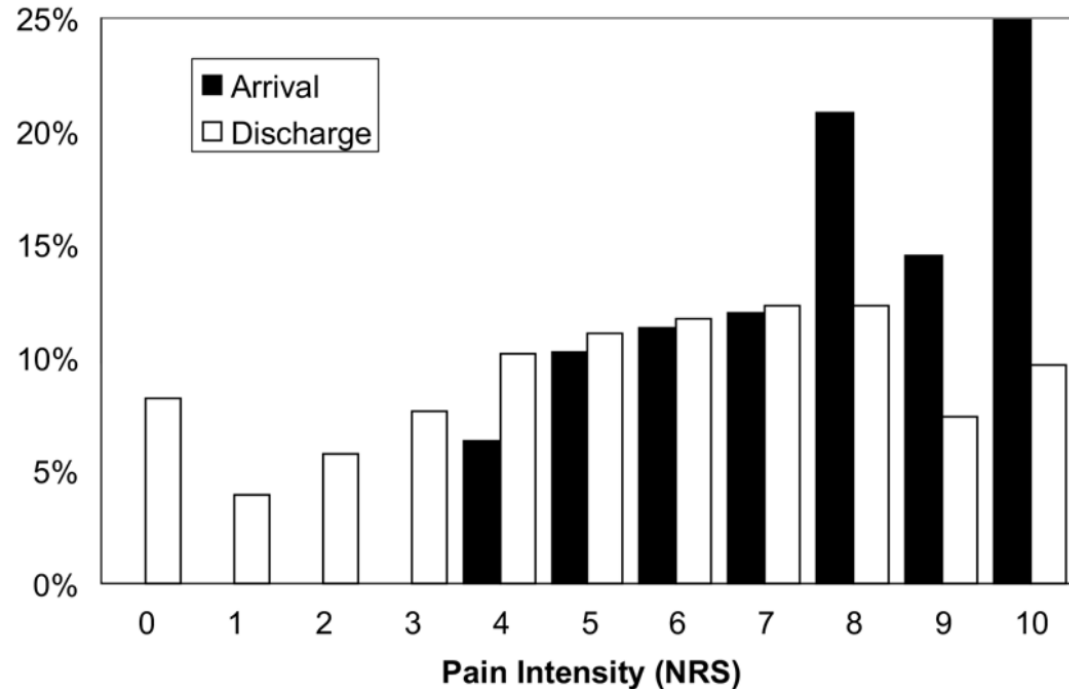
N = 842

Analgésique reçus = 60%

Ré-évaluation = 31%

Délai d'administration = 90 min

Pas de changement: 41%



Prise en charge de la douleur au CH de Périgueux

Nature de l'analgésie et efficacité

Kammer et al 2019

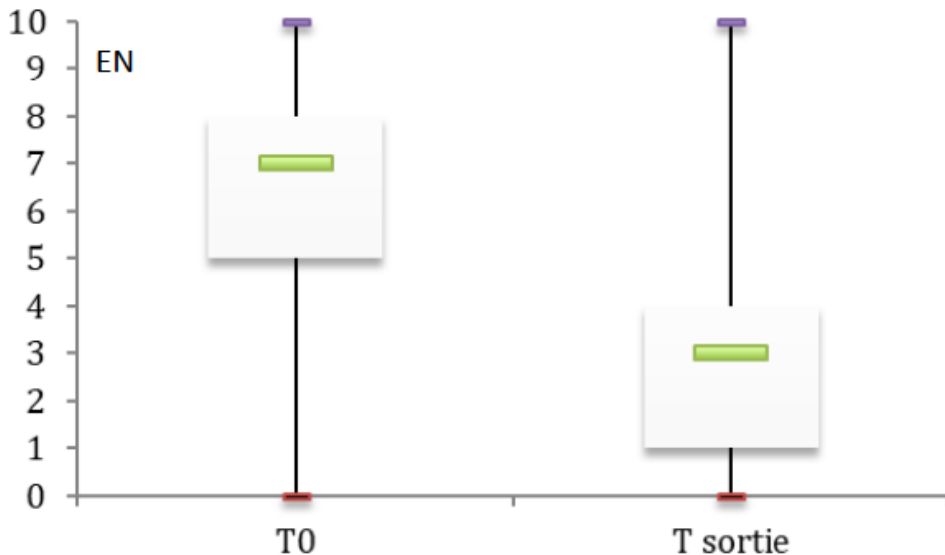
Non soulagement 37%

Opiïdes: 14 %

Variables associées au non soulagement

	OR	IC 95%
Sexe F	1,7	1,1 – 2,5
Aucun ttt	2,7	1,5 – 1,9
Douleur sévère T0	2,7	1,6 – 4,1
Durée de passage ≤ 3H	1,6	1,1 – 2,5

N = 517 patients douloureux

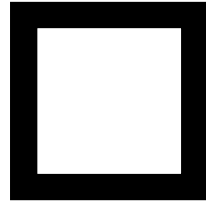


Qualité de la prise en charge de la
douleur en urgences?

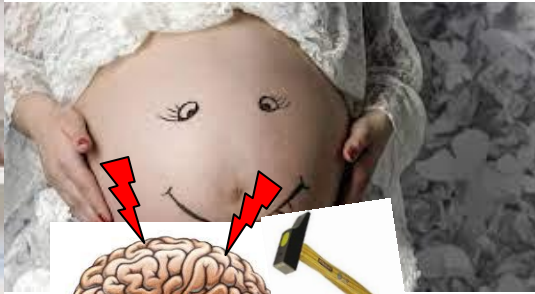
Oligo-analgésie

→ Probablement insuffisante

Pourtant , aux urgences rien de très spécifique.

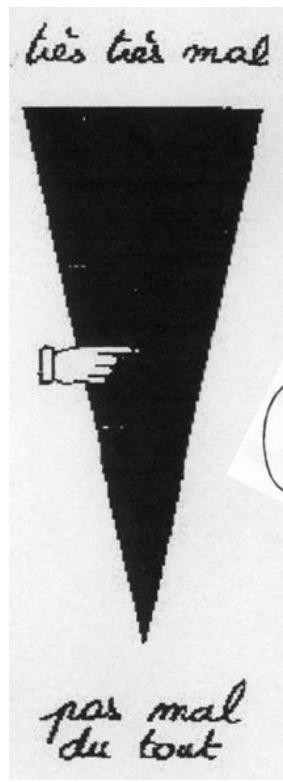


Spécificité des patients : Aucune



Spécificité de l'évaluation de la douleur? : Aucune

EN, EVS



ÉCHELLE D'ÉVALUATION
COMPORTEMENTALE
DE LA DOULEUR AIGÜE chez la personne
légère présentant des troubles de la communication verbale.

Échelle **ALGOPLUS®**

Nom du patient : _____

Prénom : _____

Âge : _____ Sexe : _____

Date de l'évaluation de la douleur

Heure	... h ...	... h ...	... h ...	... h ...	... h ...
	...	...	...	...	...

I - VISAGE

Frontement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.

	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

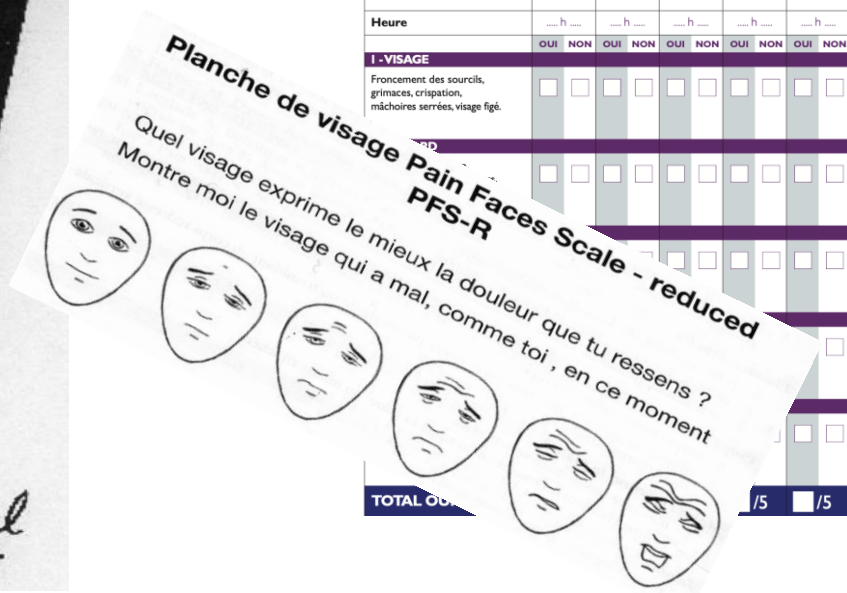


Planche de visage Pain Faces Scale - reduced
PFS-R

Quel visage exprime le mieux la douleur que tu ressens ?
Montre moi le visage qui a mal, comme toi, en ce moment

TOTAL OUI /5

Pour chaque item, indiquer la situation décrivant au mieux l'état du patient		
Gémissements, plaintes	Absent	0
	Faible	1
	Notable	2
Front ridé, faciès tendu	Absent	0
	Faible	1
	Notable	2
Position antalgique pour protéger une partie du corps, bras, assis ou couché.	Absent	0
	Faible	1
	Notable	2
Mouvements précautionneux	Absent	0
	Faible	1
	Notable	2
Anxiété/anitiation ou mutisme/prostration	Absent	0
	Faible	1
	Notable	2

**Evaluation
Enfant
Douleur**

EVENDOL

Echelle validée de la naissance à 7 ans.
Score de 0 à 15, seuil de traitement 4/15.

Noter tout ce que vous observez... même si vous pensez que les signes ne sont pas dus à la douleur, mais à la peur, à l'inconfort, à la fatigue ou à la gravité de la maladie.

Nom	Signe absent	Signe faible ou passager	Signe moyen ou environ la moitié du temps	Signe fort ou quasi permanent	Evaluation à l'arrivée		Evaluations suivantes			
					ou repos/ ou calme (R)	à l'examen/ ou la mobilisation (M)	R	M	R	M
Expression vocale ou verbale										
pleurs et/ou cris et/ou gémissements et/ou qu'il a mal	0	1	2	3						
Mimique										
a le front plissé et/ou les sourcils froncés et/ou la bouche crispée	0	1	2	3						
Mouvements										
s'agite et/ou se raidit et/ou se crispe	0	1	2	3						
Positions										
a une attitude inhabituelle et/ou antalgique et/ou se protège et/ou reste immobile	0	1	2	3						
Relation avec l'environnement										
peut être consolé et/ou s'intéresse aux jeux et/ou communique avec l'entourage	normale 0	diminuée 1	très diminuée 2	absente 3						
Remarques	Score total /15									
	Date et heure									
	Initiales évaluateur									

* Au repos ou calme (R) : observe l'enfant avant tout soin ou examen, dans les meilleures conditions possibles de confort et de confiance, par exemple à distance, avec ses parents, quand il joue...
* A l'examen ou la mobilisation (M) : il s'agit de l'examen clinique ou de la mobilisation ou position de la zone douloureuse par l'infirmière ou le médecin.
* Régulariser régulièrement en particulier après antalgique, au moment du pic d'action : après 30 à 45 minutes si oral ou rectal, 5 à 10 minutes si IV. Préciser la situation, ou repos (R) ou à la mobilisation (M).
Echelle validée pour mesurer la douleur locale ou posturale avec stimuli, de 0 à 7 ans, en pédiatrie, aux urgences, au SAMU, en salle de dent, en postopératoire. Référence bibliographique : Archives de Pédiatrie 2006, 13, 922, P129-130. Archives de Pédiatrie 2012, 19, 922, 142-144. Journaux de Pédiatrie 2009 : 265-276. Paris 2012, 133 : 1573-1582. Contact : elizabeth.tournairecharnet@act.aphp.fr © 2011 - Groupe EVENDOL.

Spécificité des traitements: Aucune



Why?

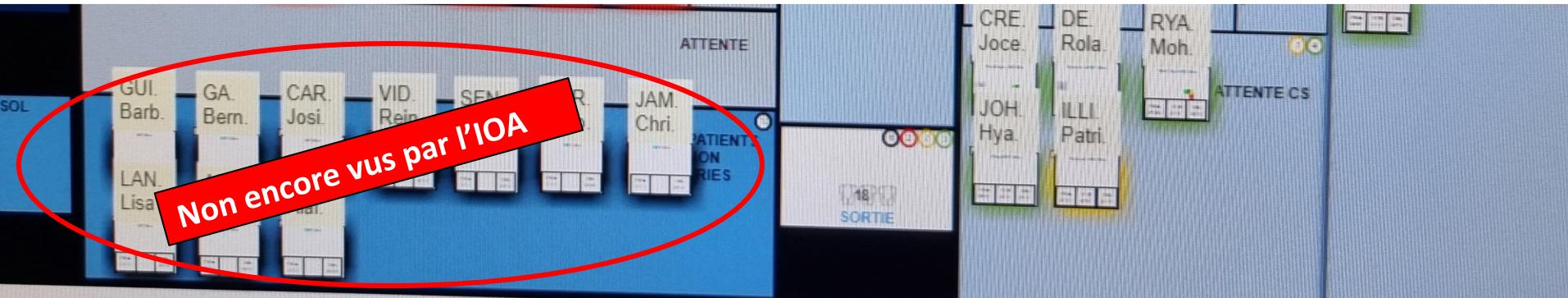
ΓΙΑΤΙ ?

POURQUOI?



T0 admission: attente

T1 IOA : attente

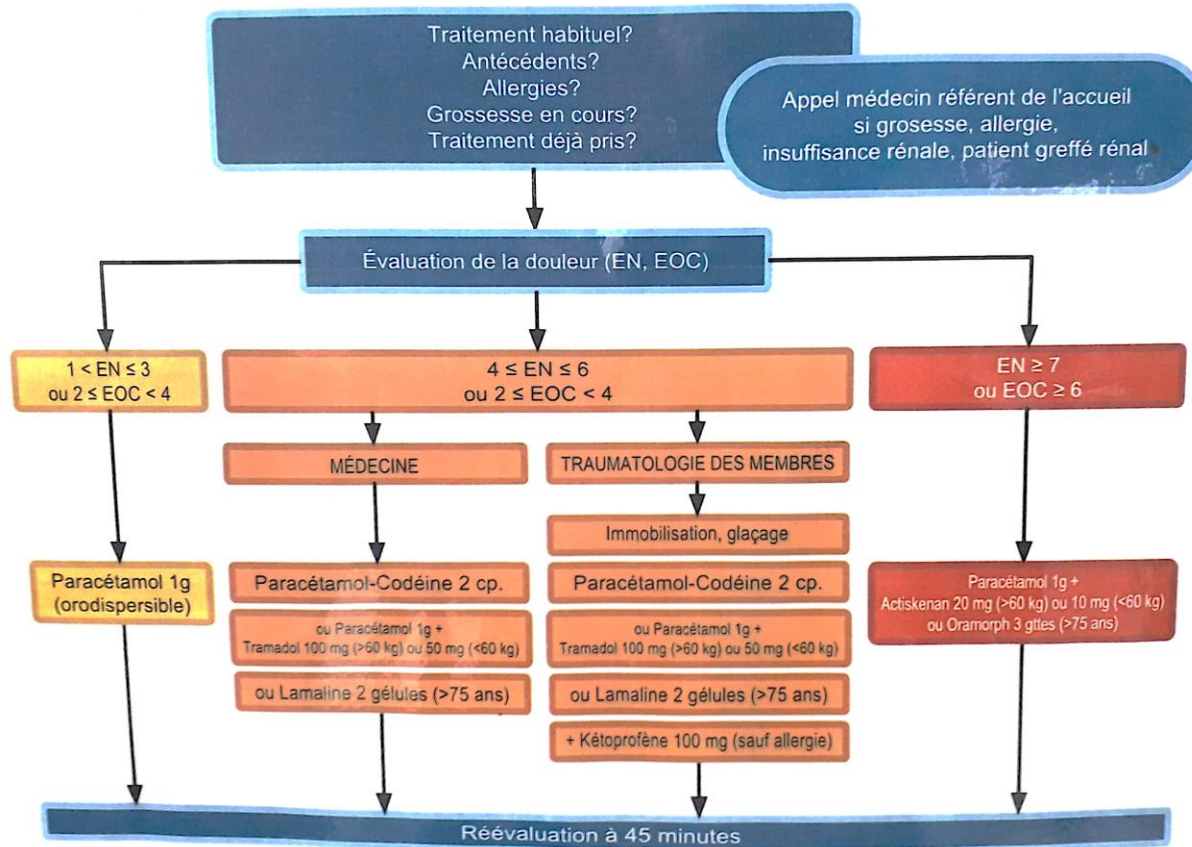


IOA



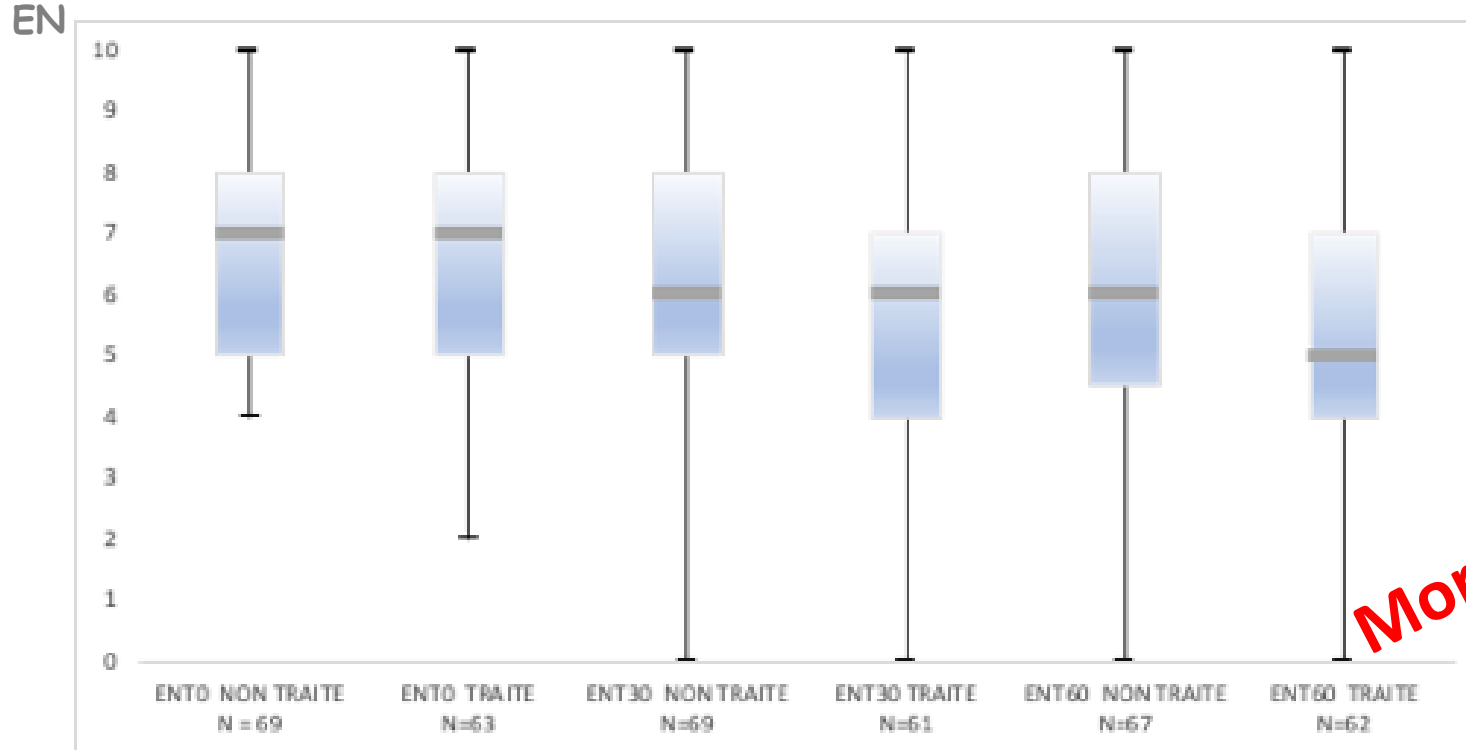
=>TRI

PRESCRIPTIONS ANTICIPEES



Analgésie anticipée administrée par l'IOA - PEL 2019

Douleur à l'arrivée (IOA) – Douleur 1h après.



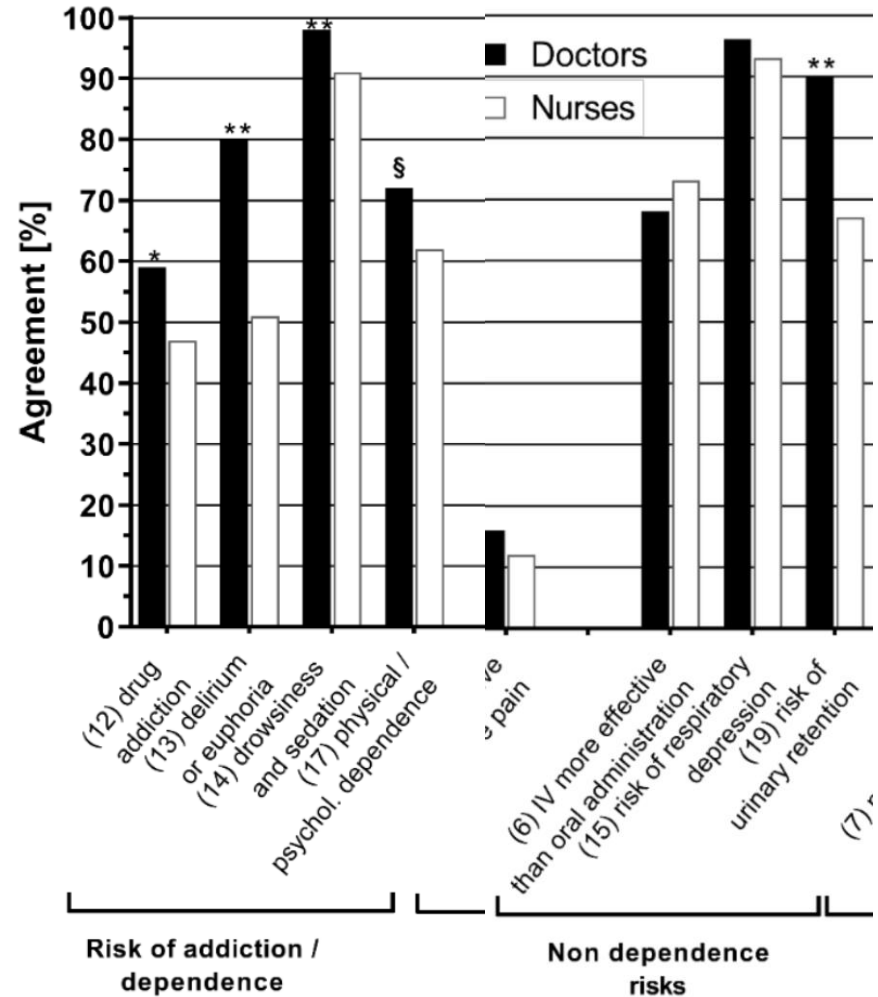
Morphine = 3%

OPIOPHOBIE?

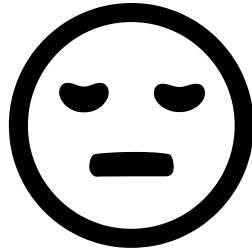


Opiophobia in ED healthcare providers:
A survey in western Switzerland.
Bertrand et al. J Clin Med 2021
N = 511

Attitude
Toward
Morphine
Score



« Je n'en veux pas »

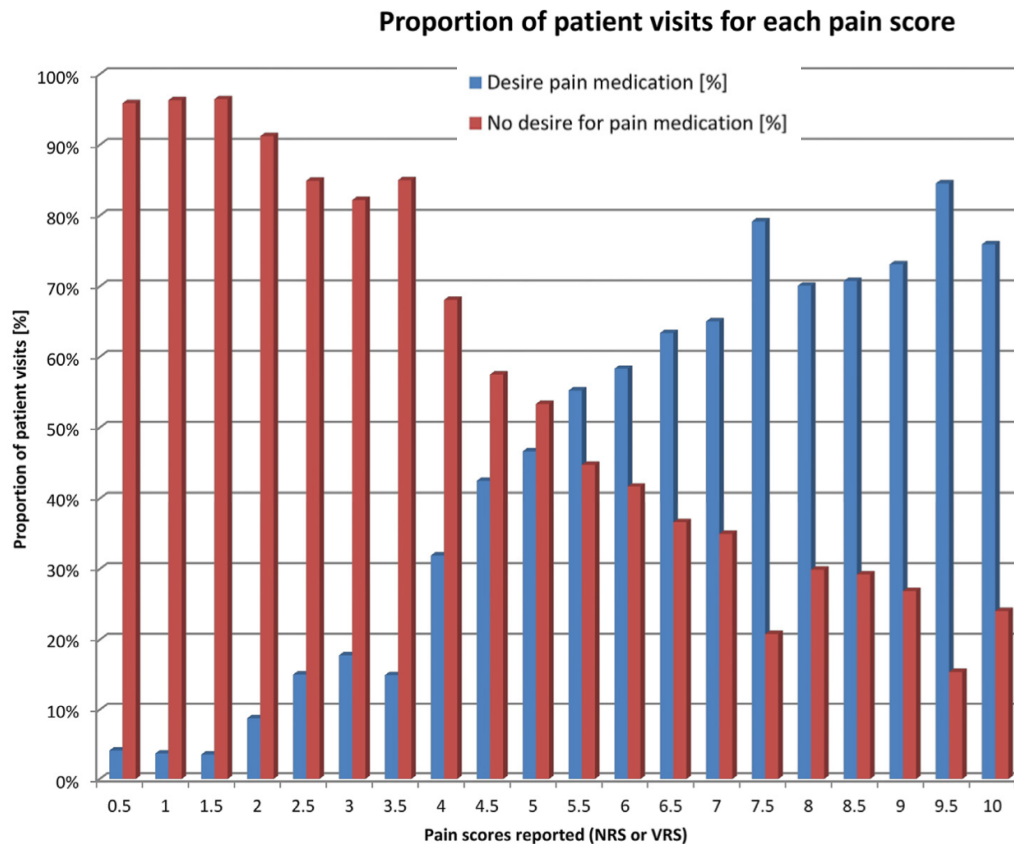


Ability of pain scoring scales to differentiate between patients desiring analgesia and those who do not in the emergency department

Lisa Schweizer^a, Robert Sieber^c, Christian H. Nickel^b, Bruno Minotti^{c,*}

The
American Journal of
Emergency Medicine

2022



N = 130279

« Je n'y crois pas »

EN = 8/10



EOC = 3/10

Le flux

UHCD: patients hospitalisés des urgences

Non encore vus par le médecin

En cours d'être vus par le médecin

Non encore vus par l'IOA

Is adequate pain relief and time
to analgesia associated with emergency
department length of stay?
A retrospective study

The Effect of Emergency Department Crowding on the
Management of Pain in Older Adults with Hip Fracture

Le flux

**Emergency Department Crowding and Decreased Quality of Pain
Care**

Emergency Department Crowding Is Associated With Poor Care
for Patients With Severe Pain

Emergency Department Crowding Is Associated With Poor Care for Patients With Severe Pain

PINES and Hollander Ann Emerg Med 2008

Impact du flux sur le délai d'obtention d'un ttt antalgique

Etude rétrospective;

N = 13758

EN ≥ 9

Table 2. Adjusted models using ED crowding measures, adjusting for patient-level factors to predict primary outcomes (n=13,758).

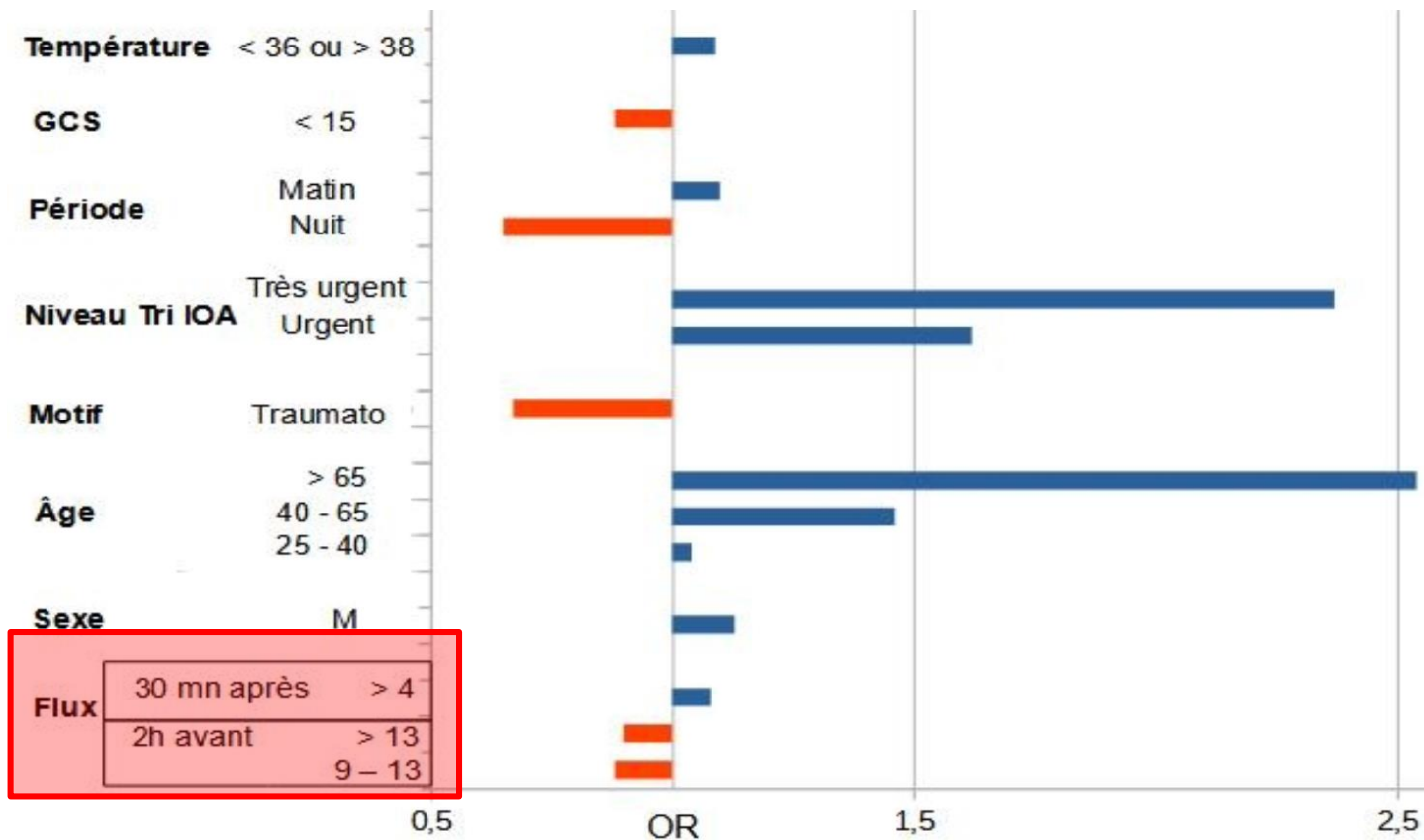
Adjusted models	Adjusted OR (95% CI)
No analgesia in the ED	
Waiting room number*	1.03 (1.02–1.03)
Occupancy rate [†]	1.01 (0.99–1.04)
Age ≥65 y	1.61 (1.40–1.86)
Female sex	1.30 (1.20–1.41)
White race	0.89 (0.80–0.98)
More severe triage level (1 or 2)	1.10 (1.02–1.18)
Delay >1 h in analgesia from triage	
Waiting room number*	1.05 (1.04–1.06)
Occupancy rate [†]	1.18 (1.15–1.21)
Age ≥65 y	1.47 (1.22–1.77)
Female sex	1.37 (1.25–1.50)
White race	0.84 (0.75–0.94)
More severe triage level (1 or 2)	0.57 (0.52–0.62)
Delay >1 h in analgesia placement in room	
Waiting room number*	1.02 (1.01–1.03)
Occupancy rate [†]	1.06 (1.04–1.08)
Age ≥65 y	1.61 (1.39–1.87)
Female sex	1.26 (1.16–1.36)
White race	0.90 (0.81–0.99)
More severe triage level (1 or 2)	0.89 (0.83–0.95)

Table 2. Adjusted models using ED crowding measures, adjusting for patient-level factors to predict primary outcomes (n=13,758).

Adjusted models	Adjusted OR (95% CI)
No analgesia in the ED	
Waiting room number*	1.03 (1.02–1.03)
Occupancy rate [†]	1.01 (0.99–1.04)
Age ≥65 y	1.61 (1.40–1.86)
Female sex	1.30 (1.20–1.41)
White race	0.89 (0.80–0.98)
More severe triage level (1 or 2)	1.10 (1.02–1.18)
Delay >1 h in analgesia from triage	
Waiting room number*	1.05 (1.04–1.06)
Occupancy rate [†]	1.18 (1.15–1.21)
Age ≥65 y	1.47 (1.22–1.77)
Female sex	1.37 (1.25–1.50)
White race	0.84 (0.75–0.94)
More severe triage level (1 or 2)	0.57 (0.52–0.62)
Delay >1 h in analgesia placement in room	
Waiting room number*	1.02 (1.01–1.03)
Occupancy rate [†]	1.06 (1.04–1.08)
Age ≥65 y	1.61 (1.39–1.87)
Female sex	1.26 (1.16–1.36)
White race	0.90 (0.81–0.99)
More severe triage level (1 or 2)	0.89 (0.83–0.95)

Qualité de l'évaluation aux urgences de Pellegrin & Flux de patients

Analyse multivariée (N = 42240) Evaluations correctes* = 50%



Comment améliorer la qualité de l'analgésie aux urgences?



URGENCES

FERMÉES



Des raisons

Organisation

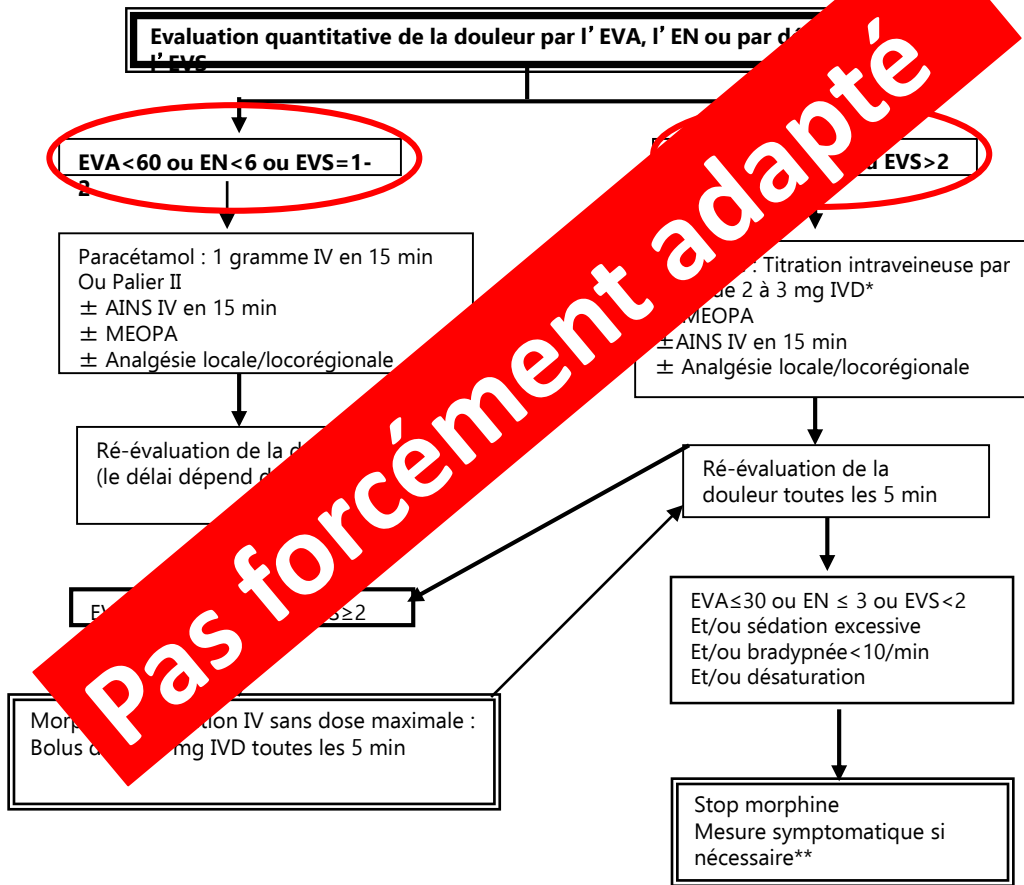
Information



Formation



Algorithme RFE SFMU-SFAR 2010



Effect of a Single Dose of Oral Opioid and Nonopioid Analgesics on Acute Extremity Pain in the Emergency Department

A Randomized Clinical Trial

JAMA 2017

Andrew K. Chang, MD, MS; Polly E. Bijur, PhD; David Esses, MD; Douglas P. Barnaby, MD, MS; Jesse Baer, MD

	NRS Pain Score, Mean (95% CI) ^a				P Value ^f
	Ibuprofen and Acetaminophen ^b	Oxycodone and Acetaminophen ^c	Hydrocodone and Acetaminophen ^d	Codeine and Acetaminophen ^e	
No. of patients ^g	101	104	103	103	
Primary end point: decline in score to 2 h	4.3 (3.6 to 4.9)	4.4 (3.7 to 5.0)	3.5 (2.9 to 4.2)	3.9 (3.2 to 4.5)	.053
Baseline score	8.9 (8.5 to 9.2)	8.7 (8.3 to 9.0)	8.6 (8.3 to 9.0)	8.6 (8.2 to 8.9)	.47
Received rescue analgesic, No. (%)	18 (17.8)	14 (13.5)	18 (17.5)	23 (22.3)	.42
Analgesic dose in morphine equivalent units, mean (SD) ^a					
Initial	0 (0)	7.5 (0)	5.0 (0)	4.5 (0)	NA ^b
Rescue	1.6 (3.5)	1.1 (2.7)	1.7 (3.2)	2.0 (3.4)	.27
Total	1.6 (3.5)	8.6 (2.7)	6.7 (3.2)	6.5 (3.4)	<.001

Non-steroid anti-inflammatory drugs for biliary colic (Review)

Fraquelli M, Casazza G, Conte D, Colli A



Cochrane
Library

2016

Cochrane Database of Systematic Reviews

Question: intérêt des AINS dans la colique hépatique?

12 ERC: AINS vs Placebo, AINS vs Antispasmodique, AINS vs opiacés.

N = 828.

AINS = Opioïdes

RR = 1,0 (0,5 – 2,1)

Henderson 2002

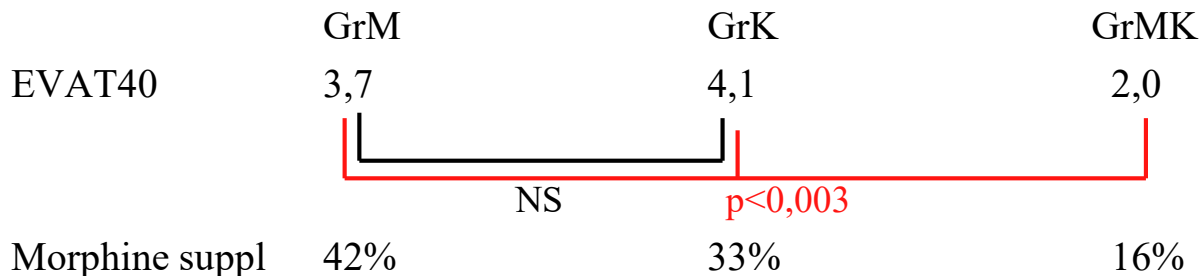
	Kétorolac (N=175)	Péthidine (N=149)
Nausée	7 %	16%
Vertiges	7%	18%
Intensité douleur	NS	

ANALGESIE MULTIMODALE EN PRATIQUE CLINIQUE

Safdar et al Intravenous morphine plus ketorolac is superior to either drug alone for treatment of acute renal colic. Ann Emerg Med 2006;48:173-181

- Randomisation de 130 patients ayant une Colique Néphrétique
 - Gr M: Morphine 5 mg (N=43)
 - Gr K: Ketorolac 15 mg (N=43)
 - Gr MK : morphine 5mg + ketorolac 15 mg (N=44)

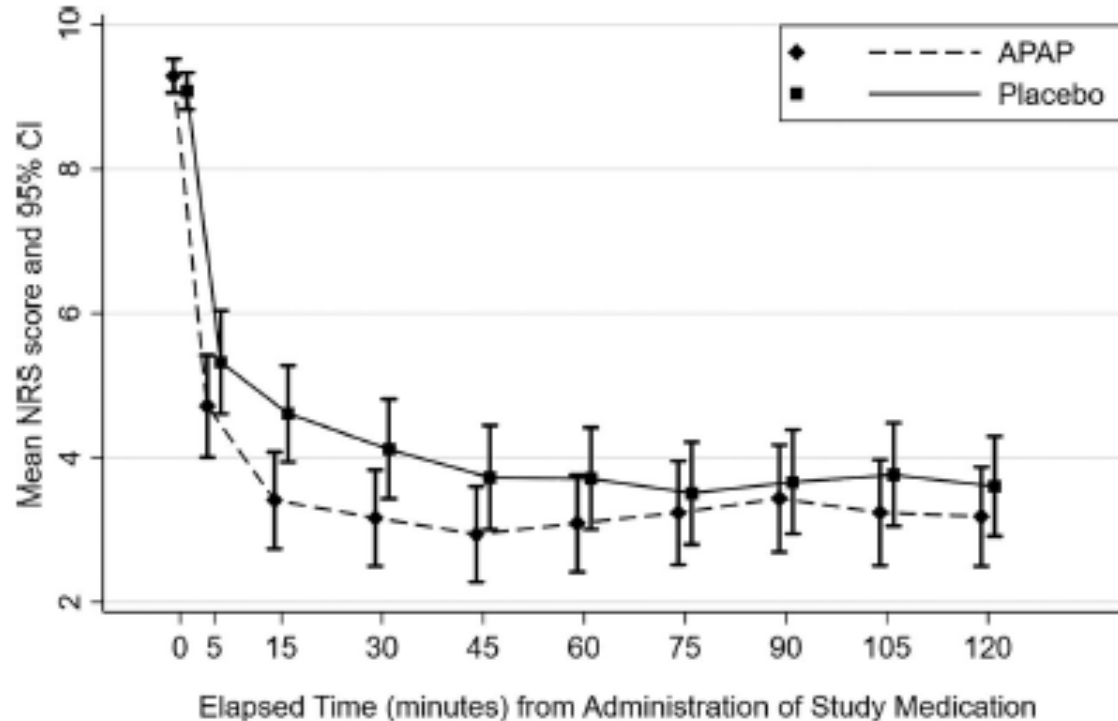
Intensité de la douleur à T 40min:



Association Morphine-Kétorolac >à Morphine ou Kétorolac seuls

Paracétamol + hydromorphone IV (N=80)vs Placebo + hydromorphone IV (N=79)

Bijur Acad Emerg med 2020



Autres modalités d'administration des antalgiques



Voie intranasale 1

Lemoel et al Int Emerg Med 2019

Sufentanil Intra Nasal- $0,4 \mu\text{g.kg}^{-1}$ vs Placebo + PEC habituelle

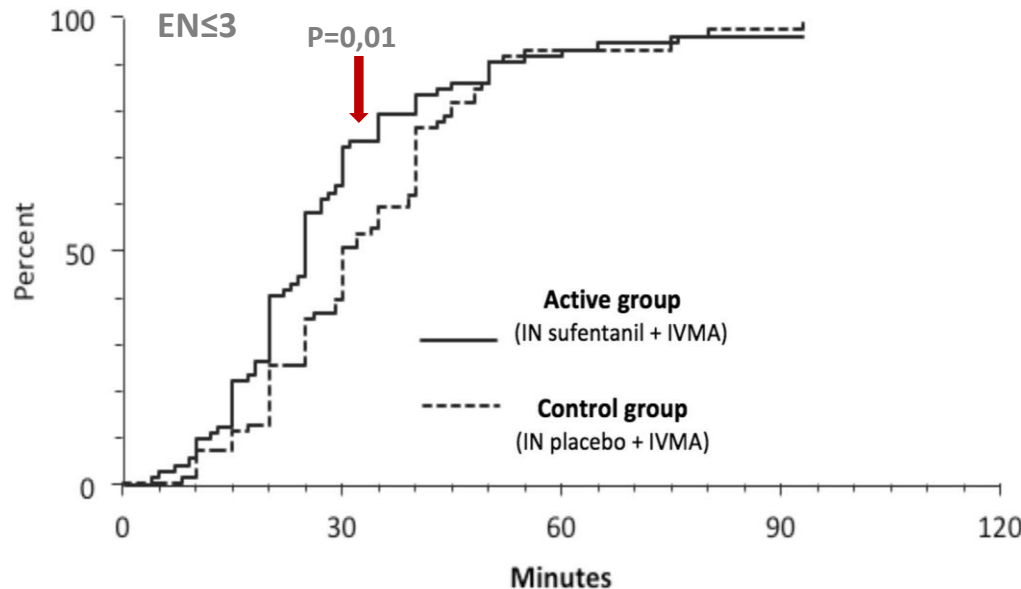
Par IOA

N = 144 patients

Douleurs sévères traumatiques

Taux de soulagement T30 Min

Effets indésirables Gr Suf IN = 66%
Gr std = 22%





Voie intranasale 2

Blancher et al PLOS Medicine 2019

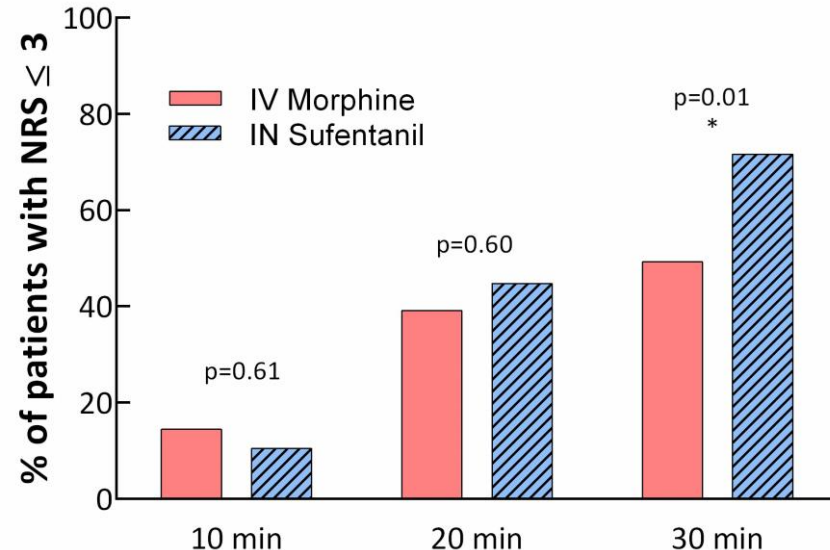
Sufentanil Intral-Nasal-0,3 $\mu\text{g.kg}^{-1}$ - Vs Morphine IV-0,1 mg.kg^{-1}

N = 157 patients

Douleurs sévères traumatiques

Taux de soulagement T30 min?

Effets indésirables = NS



Voie inhalée



➔ METHOXIFLURANE

➔ Etude PenASAP

Penthrox in Addition to Standard Analgesic Practice

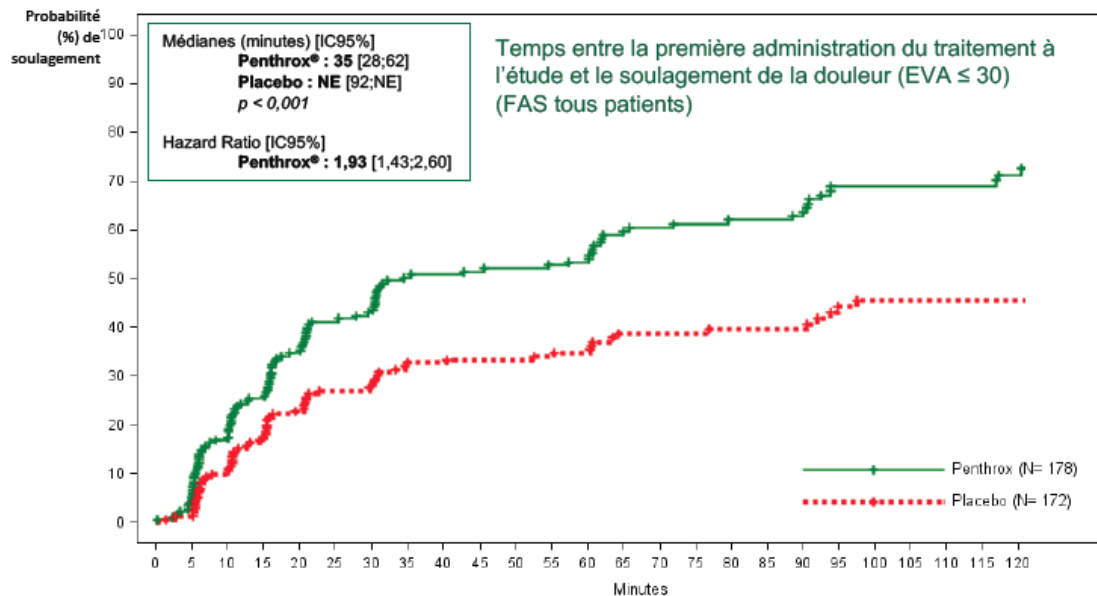
Ricard-Hibon et al Eur J Emerg Med 2020

MTX vs Placebo + PEC habituelle

Douleurs modérées à sévères

Traumatiques

70% de douleurs sévères



Conclusions

- Oligo-analgésie
- Flux véritable frein
- Manque d'adhésion aux procédures: évaluation/ré-évaluation
- Améliorer la formation
- Nouvelles modalités
- Mieux connaître les phénomènes de chronicisation