

SEMINAIRE S.F.M.U. 2001

DOULEURS ABDOMINALES NON TRAUMATIQUES :

prise en charge aux Urgences

ANALGESIE DANS LA PRISE EN CHARGE DES DOULEURS ABDOMINALES

JL Ducassé, R Jean, A Sauné, B Cathala

Pavillon Urgences et Réanimation ; CHU Purpan, 31059 Toulouse

Organisation : Collège de Médecine d'Urgence d'Ile de France



Société Francophone de Médecine d'Urgence



ANALGESIE DANS LA PRISE EN CHARGE DES DOULEURS ABDOMINALES

La douleur abdominale aiguë (DAA) est un motif de recours aux services d'urgences qui est fréquent et complexe. Sa fréquence est en effet estimée entre 4 et 8 % des passages d'adultes aux urgences (1-2) et sa complexité est représentée par une proportion importante (34 à 50 %) de diagnostic final de douleur abdominale non spécifique dans des DAA chez l'adulte (3). En fait, il est fréquent de constater qu'un patient avec une DAA très intense pourra avoir *in fine* un diagnostic de simple gastro-entérite alors qu'un autre avec une présentation abdominale peu parlante sera à terme une catastrophe chirurgicale. De même, l'histoire clinique n'est pas toujours bien nette, l'examen clinique est quelquefois peu contributif et l'évolutivité de la situation est souvent rapidement variable. Tout cela peut se résumer dans cet aphorisme qui veut que la DAA aux urgences soit comparable à la face cachée de la lune, à la fois mal précisée et énigmatique.

En pratique, l'urgentiste doit s'attacher à rapidement reconnaître le patient à risque, à poser à bon escient les indications d'examens complémentaires et à orienter les patients vers des filières d'aval adaptées aux situations cliniques. Pour cela, il s'appuie sur un examen clinique structuré autour des signes de gravité, de l'interrogatoire, d'un examen physique rigoureux et d'une approche topographique du symptôme douloureux.(4-5)

Mais cet examen clinique et ces examens complémentaires doivent-ils être réalisés sur un patient algique ou analgésié ? S'il ne vient plus à l'esprit de quiconque (urgentiste ou spécialiste d'organe concerné) de mettre en cause la nécessité d'analgésier précocement un patient traumatisé ou un patient présentant une douleur thoracique non traumatique, la question de s'avoir s'il est licite de calmer les douleurs abdominales en urgence semble, pour certains, toujours d'actualité.

Est-il licite d'assurer une analgésie au patient se présentant aux urgences pour une DAA?

Nous l'avons dit, poser cette question peut avoir quelque chose d'incongru dans un monde de l'urgence où la prise en compte de la composante *douleur* est d'actualité depuis des années. Toutefois, si la question est posée c'est que certains affirment que l'analgésie ne doit pas être donnée aux patients venant avec une DA aux urgences car elle obscurcit le diagnostic (6).

Comme tous les mythes, celui-ci puise son origine dans la tradition et l'habitude et ne semble reposer sur aucun élément faisant l'evidence based medicine du troisième millénaire. Certains font référence à Henri Mondor (7). Dans son célèbre ouvrage *Early diagnosis of the acute abdomen*, Cope affirme que l'analgésie masque les signes et symptômes, retarde le diagnostic et participe à l'augmentation de la mortalité et de la morbidité. Il s'agit là de l'esprit de la première édition de 1926 qui évoluera peu puisque dans sa 15^{ième} édition, il est écrit que l'administration de morphine est possible pour qu'un patient meure serein en croyant être sur la voie de la guérison (8). Dans la dernière version (9), l'évolution paraît plus nette puisqu'il est mentionné que ne pas prendre en compte la douleur est une pratique cruelle. Cependant cette évolution est immédiatement tempérée par la notion que l'analgésie sera administrée après qu'un chirurgien («a responsible surgeon») ait personnellement interrogé et examiné le patient. En pratique courante, un chirurgien est rarement le premier médecin à examiner dans les services d'urgences un patient arrivant pour une DAA et la consultation chirurgicale n'est en fait réalisée que plusieurs heures après. Et même s'il était là sans délai, leur culture est telle que l'évolution semble lente pour que la prescription précoce d'une analgésie soit assurée par eux.

En effet, dans une enquête récente menée auprès de 182 praticiens de chirurgie générale de l'Iowa, il n'y a que 7 % des patients qui reçoivent grâce au chirurgien une prescription d'antalgiques avant d'être examinés par lui et 67 % des chirurgiens enquêtés sont de l'avis que l'analgésie interfère avec la réalisation du diagnostic. Par ailleurs, cette attitude rejaillit sur l'attitude des urgentistes puisque qu'ils ne prescrivent d'antalgiques avant l'examen clinique qu'à 22 % de patients se présentant au service des urgences pour une DAA. (10)

Face à cette attitude qui semble plus basée sur la culture que sur les preuves scientifiques, 6 études prospectives ont été réalisées sur l'intérêt de l'analgésie chez des patients présentant un syndrome abdominal douloureux aigu (11-16). Deux ne seront pas prises en compte ici : celle de Zoltie (11) qui pose 2 problèmes méthodologiques (pas d'échelle de mesure de l'intensité de la douleur et utilisation de la voie orale pour administrer la buprénorphine) et l'étude de Roughneen (12) qui est une étude ouverte sans double aveugle. S'il existe quelques variations méthodologiques entre elles (tableau 1), les 4 autres études se caractérisent par des points communs : tous les patients ont été randomisés en double aveugle entre un groupe placebo et un groupe opiacé, l'évaluation de l'intensité douloureuse avant et après administration des produits a été assurée au moyen d'une échelle visuelle analogique et toutes les études ont comparé l'exactitude du diagnostic et du traitement entre les groupes. Les critères d'inclusion sont soit étroits (douleur du quadrant inférieur droit [16]) soit larges (signes péritonéaux [14, 15]). Les pathologies exclues des études sont variables : douleur de plus de 48 heures (14, 15), probable colique néphrétique (15), femmes enceintes (15), pression systolique initiale < 90 mmHg (14).

	n (total)	analgésique	voie	Dose équivalent morphine (mg)
Attard (1992)	100	Papaveretum	IM	12.5
Pace (1996)	71	Morphine	IV titration	15
LoVecchio (1997)	38	Morphine	IV	5 – 10
Vermeulen (1999)	330	Morphine	IV	0.1 mg/kg

Tableau n°1 : principales caractéristiques des 4 études contrôlées et randomisées comparant l'administration d'un analgésique morphinique et d'un placebo sur l'exactitude du diagnostic et du traitement de douleurs abdominales vues aux urgences.

Les quatre études conclues :

à la supériorité de l'opioïde sur le placebo pour réduire l'intensité douloureuse de la DAA

à l'absence d'erreur diagnostique dans le groupe des patients traités par rapport au groupe des patients placebo.

à l'absence d'évolution péjorative liée à l'appartenance au groupe 'opioïde'.

De plus une analyse Medline™ effectuée de 1965 à 1999 avec les mots-clefs « acute abdomen », « drug treatment », « opiates » ne signale aucune erreur diagnostique attribuée à l'administration d'antalgique. (8)

Au vu de ces 4 études prospectives et de l'analyse Medline™, il n'est pas possible de continuer à accepter que, dans les urgences, les patients présentant en particulier une douleur abdominale continuent à ne pas recevoir de traitement antalgique adapté à leurs états.

Comment assurer une analgésie au patient se présentant aux urgences pour une DAA ?

Dès 1993 lors de la conférence de consensus organisée par la Société Francophone d'Urgences Médicales (SFUM) sur le traitement médicamenteux de la douleur de l'adulte dans un service d'Accueil et d'Urgence (17), les principales règles de prise en charge des douleurs aiguës aux urgences ont été standardisées. En 1999 dans la conférence de consensus de la SFUM spécifiquement dédiée à la prise en charge des coliques néphrétiques de l'adulte (18), ces règles sont rappelées en insistant sur l'intérêt d'une analgésie de type balancée et d'un recours direct au chlorhydrate de morphine dans les douleurs d'emblée intenses.

Ces principales règles de prise en charge d'une douleur aiguë aux urgences peuvent être résumées ainsi :

La mesure systématique de l'intensité de la douleur par une échelle d'auto-évaluation de type échelle visuelle analogique (EVA) ou échelle numérique (EN) est assurée dès l'entrée. Son suivi régulier sera prescrit et les données retranscrites sur la fiche de surveillance du patient ;

Le concept d'analgésie balancée [19] privilégie le recours à des associations de médicaments antalgiques entre eux et avec des anti-inflammatoires non-stéroïdiens (AINS) afin de réduire les doses individuelles tout en potentialisant les effets. La place des AINS dans les douleurs abdominales aiguës n'est pas clairement établie en fonction de l'existence sous-jacente d'une pathologie infectieuse. Son utilisation renvoie aux contre-indications habituelles (l'allergie, l'existence d'un ulcère gastro-duodénal en phase active et l'insuffisance rénale).

Le paracétamol est un antalgique largement utilisé aux urgences (20). Il ne pourra être prescrit seul qu'en cas de douleur d'intensité faible et il devra être prescrit en association à la suite d'un traitement laissant persister une douleur faible à modérée. Il faut rappeler son action antipyrétique à intégrer dans le raisonnement clinique face à la courbe thermique.

Le chlorhydrate de morphine est à privilégier dans la prise en charge en urgence des douleurs aiguës d'intensité modérée à forte. Seules les douleurs à très forte intensité peuvent faire l'objet d'emblée d'utilisation d'autres morphiniques beaucoup plus liposolubles que la morphine et donc plus puissant (fentanyl, sufentanil). Sa demi-vie de distribution est d'environ 3 minutes et sa demi-vie d'élimination d'environ 3 heures, mais cette dernière est augmentée chez l'insuffisant rénal où il faut savoir réduire la posologie. De même chez les sujets de plus de 50 ans, l'augmentation des concentrations initiales par diminution du volume central de distribution justifie la réduction des doses initiales. Parmi ses effets indésirables, la classique action émétisante serait particulièrement présente quand persiste un niveau élevé de douleur résiduelle. Ses modalités d'administration (titration initiale par bolus IV toutes les 10 minutes puis relais par voie sous-cutanée toutes les 4 à 6 heures) sont à connaître parfaitement par l'urgentiste. La surveillance du patient sous morphinique doit être rigoureuse et tenir compte de la pharmacocinétique et en particulier du délai de reliquat d'activité. (21)

A côté de ces règles, il faut souligner qu'une démarche qualité dans la prise en charge de la douleur aiguë aux urgences est indispensable. En effet, elle permet de développer une stratégie globale de lutte contre la douleur et de ne pas s'arrêter à la simple diffusion de l'information. Ainsi, il est possible par des études de pharmaco-épidémiologie de mesurer l'écart existant entre la connaissance théorique des urgentistes dans la prise en charge de la douleur et la réalité de celle-ci. (22) À partir d'un collectif de 60 MU exerçant dans différents SU et SMUR, une comparaison entre l'intention de prescription d'antalgiques (cas simulés), la pratique de prescriptions (cas réels) et les données actuelles de la science (DAS) a été menée sur plusieurs pathologies douloureuses et fréquentes en Urgence dont la colique néphrétique. En théorie, la prise en charge de la DA est le plus souvent en accord avec les DAS.

Séminaire S.F.M.U. 2001
Douleurs abdominales non traumatiques

Cependant dans la réalité, la DA est peu évaluée et la qualité des prescriptions antalgiques est faible : ainsi, dans la réalité de la colique néphrétique, le patient a un risque sur deux de ne pas recevoir un opioïde lors d'une crise très douloureuse avec $EVA \geq 7$. (23)

Ainsi l'analgésie dans la prise en charge des douleurs abdominales s'inscrit-elle dans une démarche globale où le patient, vu dans sa globalité, est au centre de l'organisation de l'Urgence.

Références :

1. Colucciello SA, Lukens TW, Morgan DL. Assessing abdominal pain in adults : a rational cost-effective and evidence-based strategy. Emerg Med Pract. 1999 ;1 :1-20 ;
 2. Powers RD, Guertler AT. Abdominal pain in the ED : stability and change over 20 years. Am J Emerg Med 1995 ;13 :301-3.
 3. Miettinen P, Pasanen P, Lahtinen J , Alhava E. Acute abdominal pain in adults. Annales Chirurgiae et Gynaecologiae 1996 ;85 :5-9.
- Ducassé JL, Barbero C, Seguin Th, Fuzier R. Diagnostic d'une douleur abdominale aiguë aux urgences : le point de vue de l'urgentiste. In Auffray JP « XXVIèmes Journées Méditerranéennes d'Anesthésie réanimation urgences » Sauramps Editeur, Montpellier, 2000, pp 103-18.
- American College of Emergency Physicians. Clinical policy : critical issues for the initial evaluation and management of patients presenting with a chief complaint of nontraumatic acute abdominal pain. Ann Emerg Med. 2000 ;35 :406-15.
- Brewster GS, Herbert ME, Hoffman JR. Medical myth : analgesia should not be given to patients with an acute abdomen because it obscures the diagnosis. West J Med 2000 ; 172 : 209-10.
- Fagniez PL. Traitement des douleurs abdominales aiguës : peut-on prescrire des antalgiques ? Réan Urg 1993 ;2 :344-7.
- McHale PM, LoVecchio F. Narcotic alagesia in the acute abdomen – a review of prospective trials. Eur J Emerg Med, 2001 ; 8 : 131-6.
- Silen W. Cope's early diagnosis of the acute abdomen. 19th edition. New York (NY) : Oxford university Press ; 1996, p 5.
- Graber MA, Ely JW, Clarke S, Kurtz S, Weir R. Informed consent and general surgeons' attitudes toward the use of pain medication in the acute abdomen. Am J Emerg Med 1999 ; 17 : 113-6.
- Zoltie N, Cust MP. Analgesia in the acute abdomen. Ann R Coll Surg Engl 1986 ; 68 : 209-10.
- Roughneen PT, Burns HJ, Rowlands BJ. Adequate analgesia for acute pain. BMJ 1986 ; 292 : 663.

Séminaire S.F.M.U. 2001

Douleurs abdominales non traumatiques

Attard AR, Corlett MJ, Kidner NJ, Leslie AP, Fraser IA. Safety of early pain relief for acute abdominal pain. BMJ 1992 ; 305 : 1020-1.

Pace S, Burke TF. Intravenous morphine for early pain relief in patients with acute abdominal pain. Acad Emerg Med 1996 ;3 : 1086-92.

LoVecchio F, Oster N, Sturmman K, Nelson LS, Flashner S, Finger R. The use of analgesics in patients with acute abdominal pain. J Emerg Med 1997 ; 15 : 775-9.

Vermeulen B, Morabia A, Unger PF, Goehring C, Grangier C, Skljarov I, Terrier F. Acute appendicitis : influence of early pain relief on the accuracy of clinical and US findings in the decision to operate – a randomized trial. Radiology 1999 ; 210 : 639-43.

Troisième conférence de consensus en médecine d'urgence de la Société Francophone d'Urgences Médicales. Créteil, 24 avril 1993. Le traitement médicamenteux de la douleur de l'adulte dans un service d'Accueil et d'Urgence. Doual Analg 1993 ; 2 : 57-59.

Touzé MD, Bertini N, Ducassé JL. et al. Prise en charge des coliques néphrétiques de l'adulte dans les services d'accueil et d'urgences. Réan Urg, 1999 ; 8 : 532-46.

Fletcher D. Quelle association antalgique? In MAPAR 1998 Paris: MAPAR ed; 1998. p 251-258.

Ducassé JL, Fuzier R. La prise en charge de la douleur aiguë dans les services d'urgences en 1998. In « Actualités en réanimation et urgences 1999 » Elsevier, Paris, 1999, pp 255-70.

Chauvin M. Pharmacologie des morphiniques et des antagonistes de la morphine. Encycl. Méd. Chir. (Paris-France), Anesthésie-Réanimation, 36-371-A-10, 1995, 18 p.

Jean R, Lapeyre-Mestre M, Ducassé JL. Pharmaco-épidémiologie des médicaments antalgiques dans les services d'urgences de Midi-Pyrénées. Étude de prescription dans la douleur aiguë. Rev SAMU 2001 ; 23 : 23-34.

Jean R, Ducassé JL, Montastruc JL, Lapeyre-Maistre M. Treatment of acute renal colic in french emergency department : a comparison of simulated cases and renal cases in acute pain assessment and management. Eur J Clin Pharmacol (sous presse)

Séminaire S.F.M.U. 2001
Douleurs abdominales non traumatiques