

Dr Virginie-Eve Lvovschi

Médecine d'Urgence

Hôpital Edouard Herriot-Lyon
Inserm U1290



Prise en charge de la douleur : actualités

Printemps d'Urg'Ara 2024- 16 mai 14h05-14h25

ENS Lyon



DOULEUR ET MÉDECINE D'URGENCE

Ann. Fr. Med. Urgence (2011) 1:57-71
DOI 10.1007/s13341-010-0019-9

RECOMMANDATIONS / RECOMMENDATIONS

Recommandations formalisées d'experts 2010 : sédation et analgésie en structure d'urgence (réactualisation de la conférence d'experts de la SFAR de 1999)



**Société française d'anesthésie et de réanimation
Société française de médecine d'urgence**

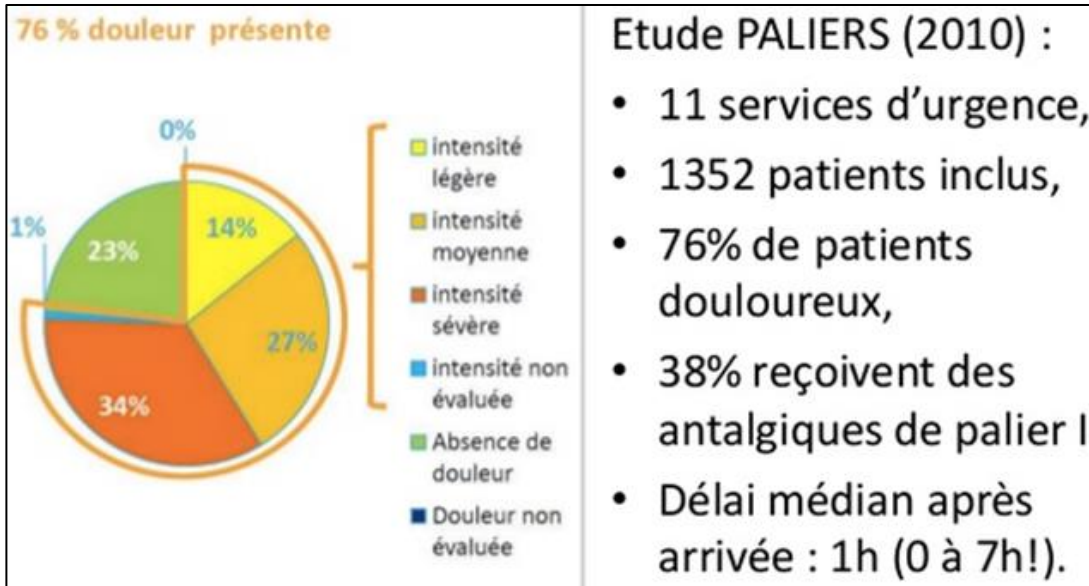
**B. Vivien · F. Adnet · V. Bounes · G. Chéron · X. Combes · J.-S. David · J.-F. Diependaele · J.-J. Eledjam · B. Eon · J.-P. Fontaine ·
M. Freysz · P. Michelet · G. Orliaguet · A. Puidupin · A. Ricard-Hibon · B. Riou · E. Wiel · J.-E. De La Coussaye**

OÙ EN EST-ON?

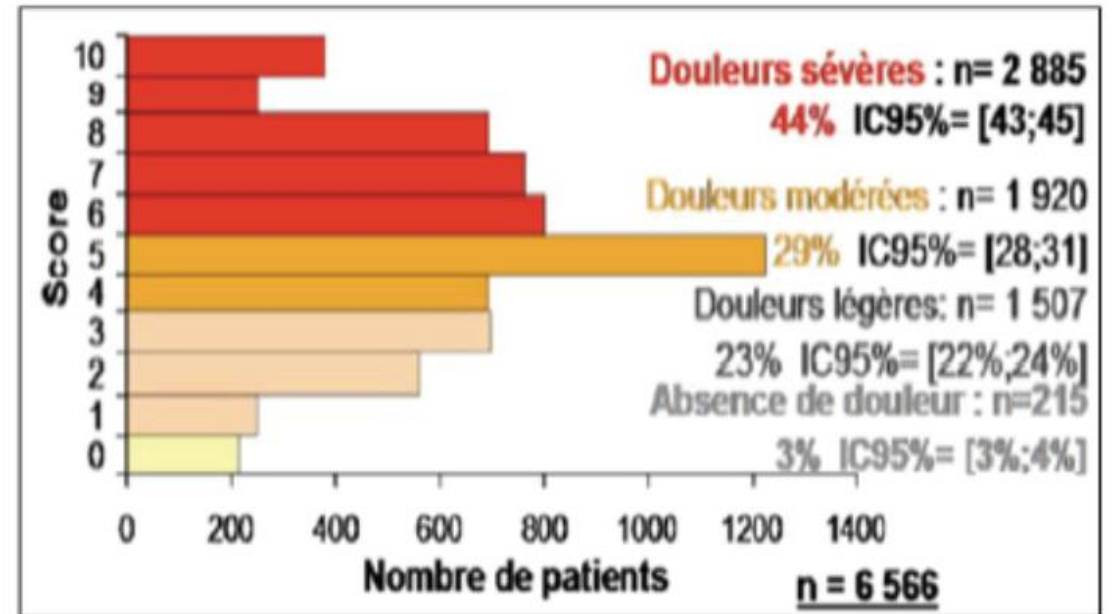


Principes stables
 Nouveau contexte
 Recommandations complémentaires
 Nouvelles pratiques validées
 perspectives

EPIDEMIOLOGIE 2010



2010
50 services /Prospectif/ 11 617 patients
/ 7 265 douloureux/EN T0 : 90%



Original Contributions
Prevalence and Management of Acute Pain in Prehospital Emergency Medicine
Michel Galinski, MD, Mirko Ruscev, MD, Geraldine Gonzalez, MD, Jennifer Kavas, MD, Lydia Aneur, MD, Didier Biens, MD, ... show all
Pages 334-339 | Received 26 Oct 2009, Published online: 27 May 2010
Cite this article | <https://doi.org/10.3109/10903121003760218>

2279 patients, 40% DLR+ (64% sévères), trauma

Quality of pain management in the emergency departments: results of a multicentre prospective study

Sophie Guéant, Ariski Taleb, Jocelyne Borel-Kühner, Maxime Cauterman, Maurice Raphael, Guillaume Nathan and Agnes Ricard-Hibon

Douleurs induites

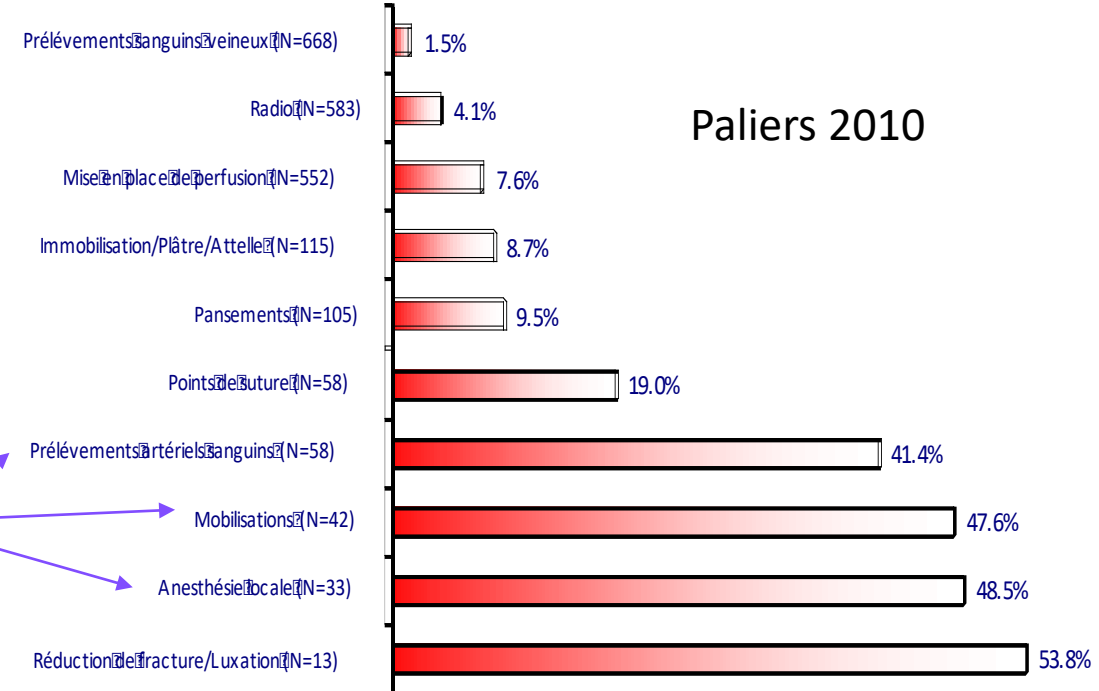
Fin 20^e siècle -> 2006

« Douleur de courte durée **causée par les soignants, une thérapeutique, un soin** dans des circonstances de survenue prévisibles **susceptible d'être prévenue** par des mesures adaptées »

Les soins ça regroupe quoi? Par qui? (médecins, IDE, Manip.....)

- Soins techniques: diagnostics et thérapeutiques
- Soins d'hygiène et d'entretien de la vie
- Mobilisations (brancardage++++)

Gestes bénins



Oligo-analgésie: « the current concept »



The American Journal of Emergency Medicine

Volume 7, Issue 6, November 1989, Pages 620-623



Oligoanalgesia in the emergency department

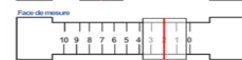
James E. Wilson MD * † , Jill M. Pendleton BS †

Douleur sévère

EVA

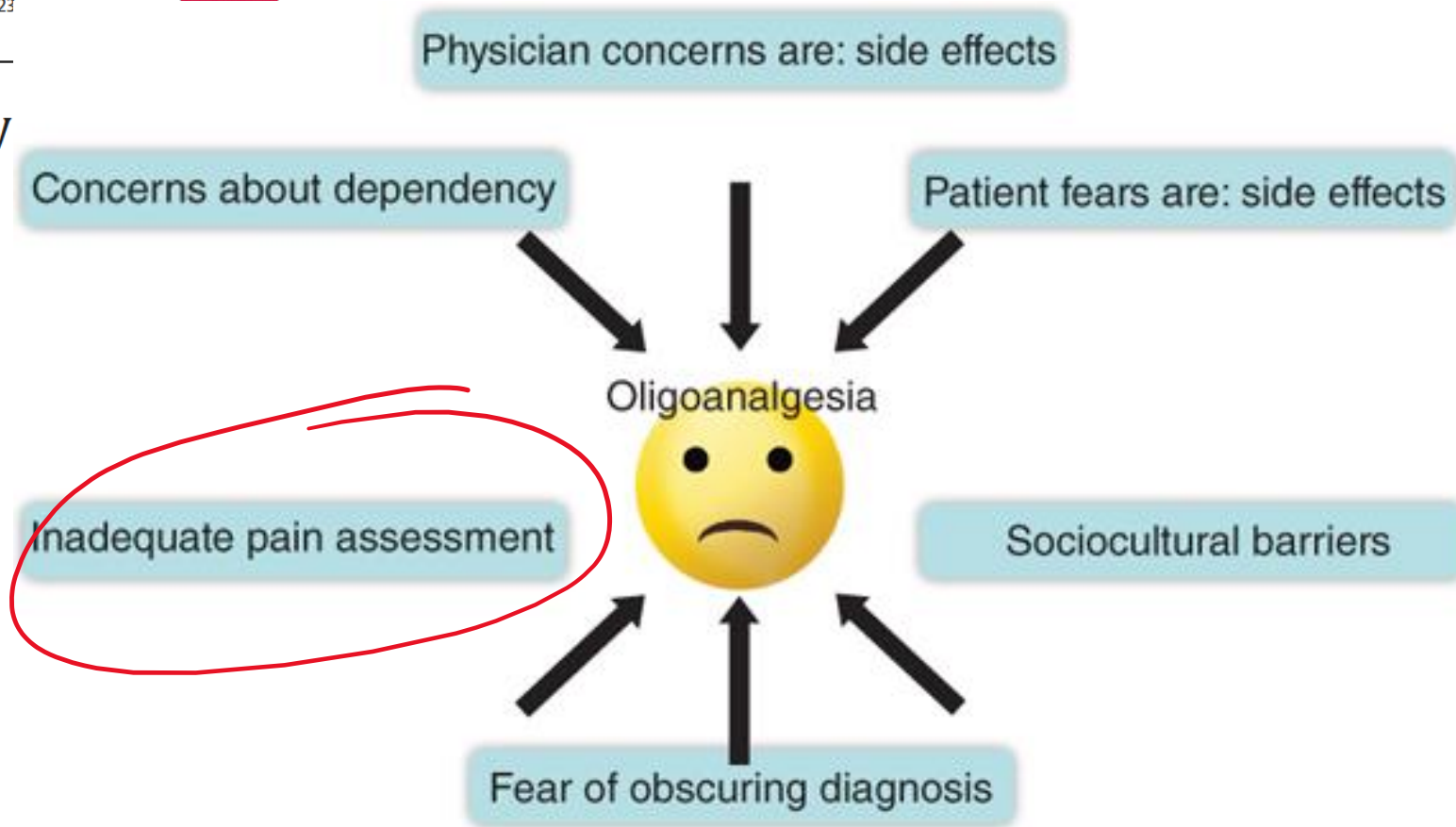


EN



(EVS)

Cut off à 6



Source: Admir Hadzic: Hadzic's Textbook of Regional Anesthesia and Acute Pain Management, Second Edition
www.AccessAnesthesiology.com

Evaluer la douleur

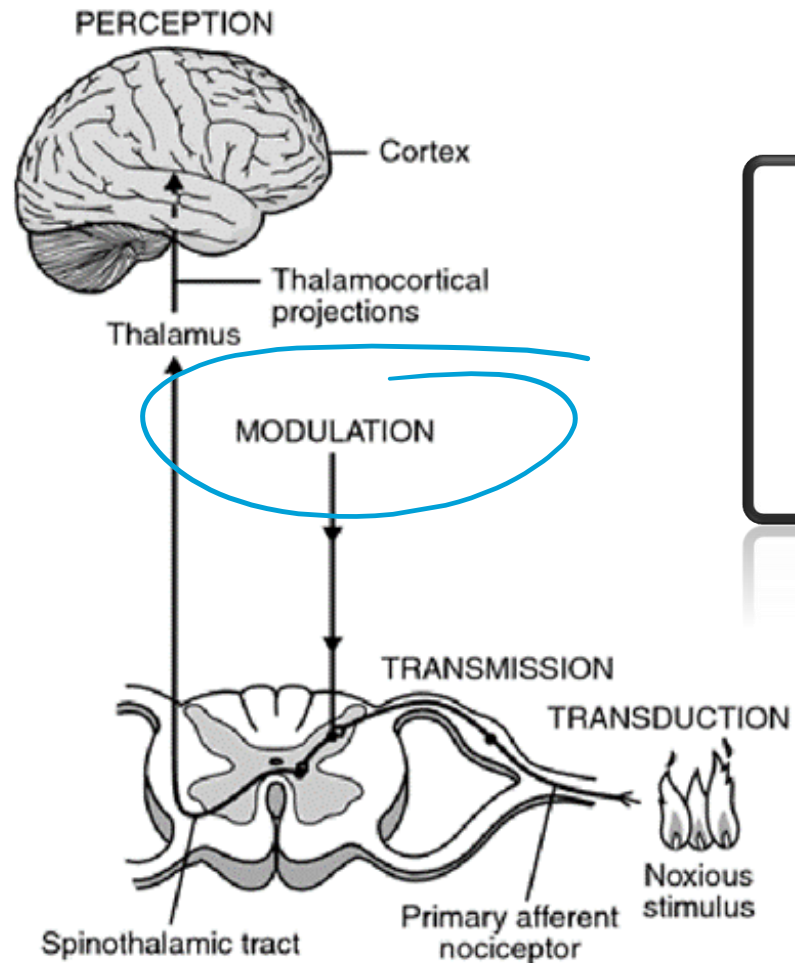
- Quoi?
 - Qui
 - Où?
 - Par qui?

- Pour faire quoi?
- Comment?



Nociception dominante mai

....



Auto-EVALUATION = au moins de 3 DIMENSIONS

- Donnez une note à votre douleur:

0 -----> 10

0: absence de douleur

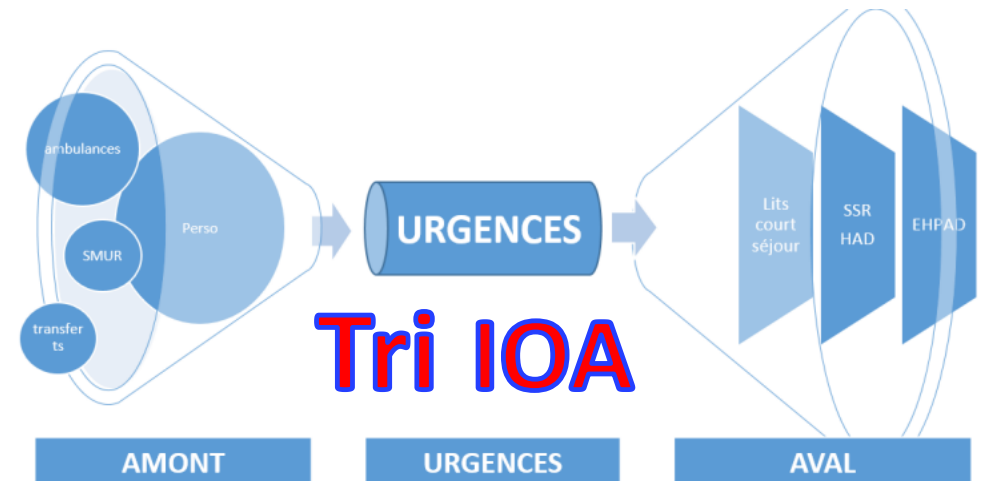
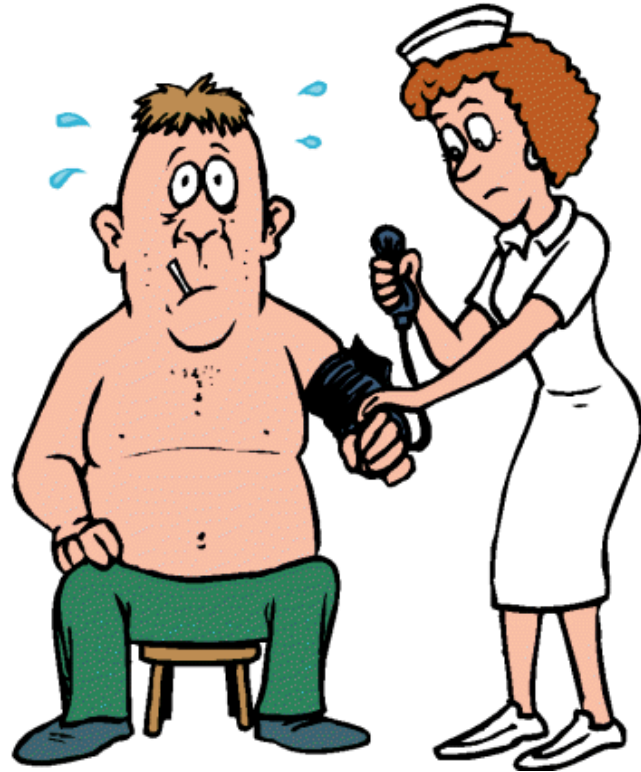
10: douleur la plus forte imaginable



Evaluation

Objectif routine

- Douleur= 5^{ème} signe vital



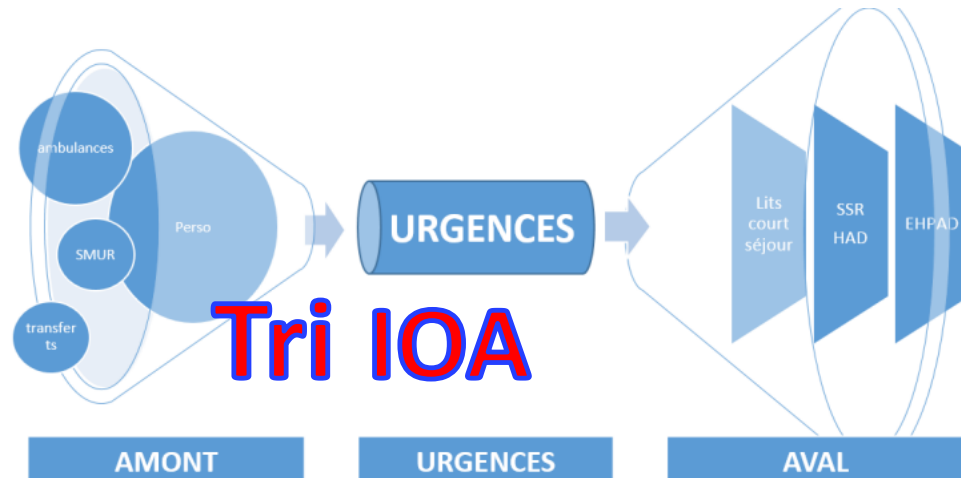
Green, S.M. **There Is Oligo-Evidence for Oligoanalgesia.**

Ann. Emerg. Med. 2012, 60, 212–214

Green, S.M.; Krauss, B.S. **The Numeric Scoring of Pain:**

This Practice Rates a Zero Out of Ten. Ann. Emerg. Med. 2016, 67, 573–575

EN devient Polém ?



Le patient et le soignant interprètent les outils pour d'autres but que l'expression de la douleur
UPGRADING vs DOWNGRADING

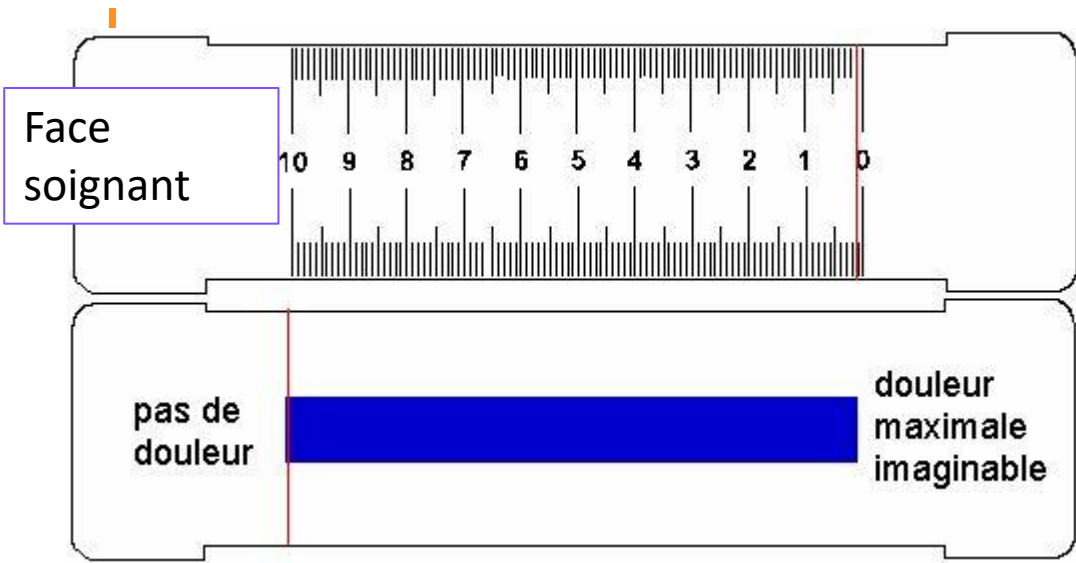
2 Pain Scoring
Professional Practices Evaluation

PAIN MANAGEMENT AND SEDATION/ORIGINAL RESEARCH

The Reality of Pain Scoring in the Emergency Department: Findings From a Multiple Case Study Design

Fiona C. Sampson, PhD, MSc*; Steve W. Goodacre, FRCEM, PhD; Alicia O'Cathain, PhD, MSc
*Corresponding Author. E-mail: f.c.sampson@sheffield.ac.uk, Twitter: @fcsampson.

Annals of Emergency Medicine Volume 74, no. 4 : October 2019



EVA

EVS

Chaque descripteur est associé à une valeur numérique

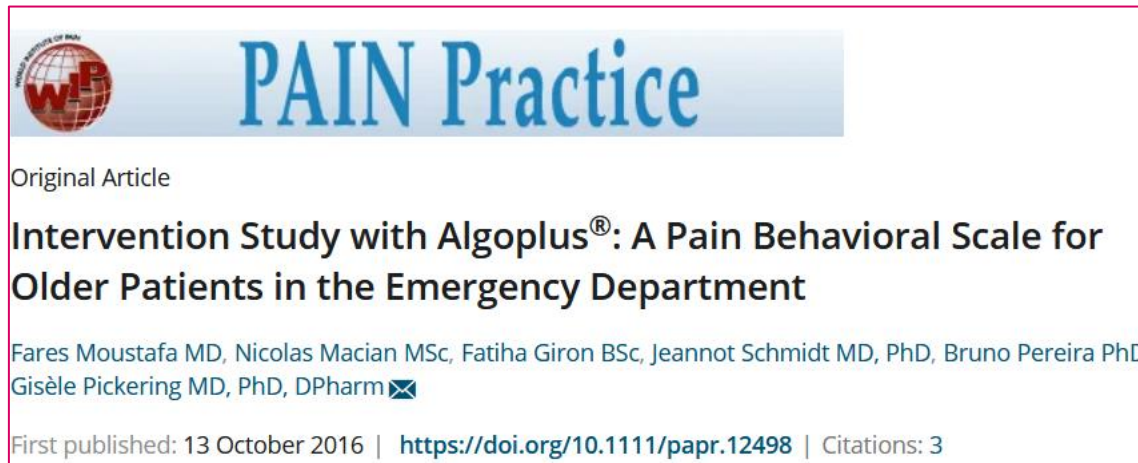
- 0 = Pas de douleur
- 1 = Faible
- 2 = Modérée
- 3 = Intense
- 4 = sévère

EN

Demander au patient: "Quel est le niveau de douleur entre 0 et 10, 0 étant l'absence de douleur et 10 la douleur la pire imaginable?"

Jones LE, Whitburn LY, Davey MA, Small R. **Numeric Scoring of Pain Still Has Value.** Ann Emerg Med. 2016 May;67(5):679-80.

HÉTÉRO-ÉVALUATION ALTERNATIVE?



**Hétéro-Eval pour les terrains fragiles?
ALGOPLUS pour les âgés
Non communicants**

**=> Enfants:
Evendol après échec FACES**

Moreaux T. Evendol, une echelle d'evaluation de la douleur aux urgences pédiatriques [**Evendol, a pain assessment scale for pediatric** emergency departments]. Soins Pédiatr Pueric. 2010 Sep-Oct;(256):32-4.

ALGOPLUS

Âgés non comunicants

Observation de 5 items

		Oui	Non
1 – Visage:	Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 – Regard:	Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliants, pleurs, yeux fermés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 – Plaintes:	« Aie », « Ouille », « j' ai mal », gémissements, cris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 – Corps:	Retrait ou protection d' une zone, refus de mobilisation, attitudes figées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 – Comportements:	Agitation ou agressivité, agrippement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

positif si score $\geq 2/5$ = Pas de validation de niveaux d' intensité

ECHELLE D'OBSERVATION COMPORTEMENTALE (EOC = BOS)

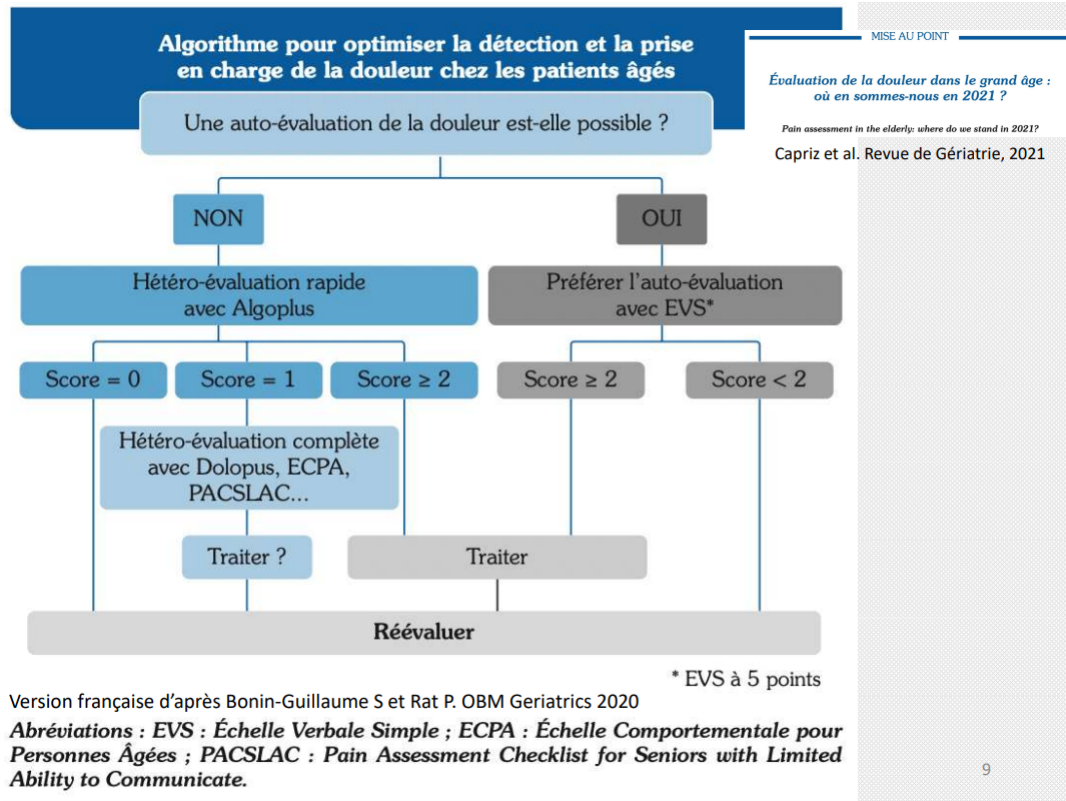
Tout patients non communicants

Frasca et al Eur J Pain 2017

<i>Pour chaque item, indiquer la situation décrivant au mieux l'état du patient</i>		
Gémissements, plaintes	Absent	0
Pleurs, gémissements, cris avec ou sans larme	Faible	1
	Notable	2
Front ridé, faciès	Absent	0
Expression de douleur	Faible	1
	Notable	2
Position antalgique	Absent	0
Recherche active d'une position protectrice	Faible	1
	Notable	2
Mouvements protecteurs	Absent	0
Lors d'une souffrance présumée douloureuse, ou évitement de l'utilisation d'une partie du corps présumée douloureuse	Faible	1
	Notable	2
Aggressivité/agitation ou mutisme/prostration	Absent	0
Communication plus importante révélée par une agitation importante, absence ou refus de communiquer	Faible	1
révélé par l'absence de mouvement ou évitement.	Notable	2
Score total : Douleur si score \geq 3		

*Mais pas encore
validée
aux urgences*

Traiter dans le doute



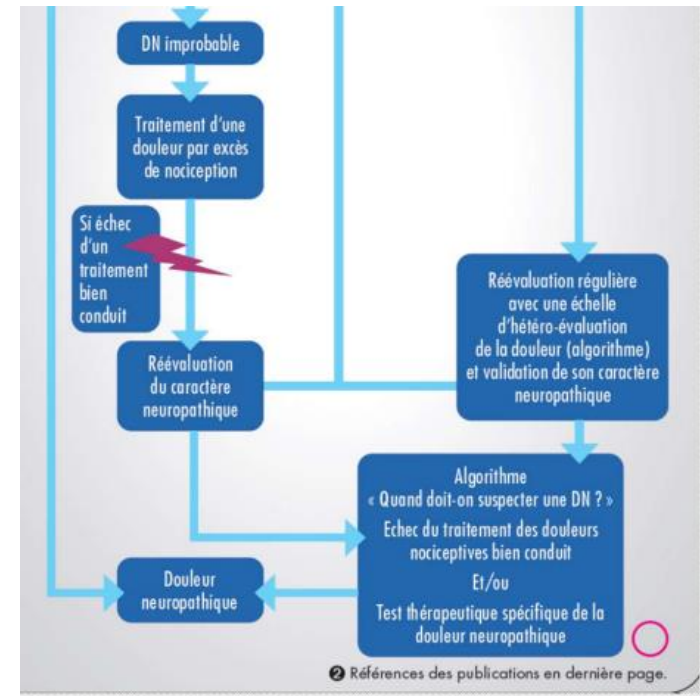
9

Avec le soutien de

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE | ars | omedit Normandie

KIT DOULEUR NEUROPATHIQUE de la personne âgée

www.doloplus.fr



1. intégrer la demande d'antalgique

2. Evaluation de l'anxiété ?

ECHELLE NUMERIQUE DE L'ANXIETE (EN)

Donner le chiffre correspondant à votre évaluation
De votre anxiété entre 0 (aucune anxiété) et 10 (anxiété maximale imaginable)

ECHELLE VISUELLE ANALOGIQUE DE L'ANXIETE (EVA)

Tracer sur la ligne un trait vertical correspondant à l'intensité ressentie



3. Mesure de la satisfaction?

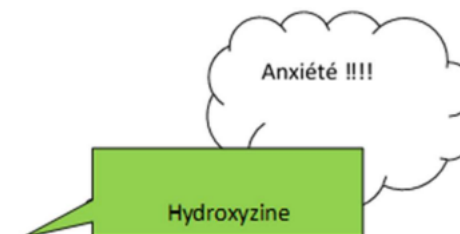
PAIN MANAGEMENT AND SEDATION/ORIGINAL RESEARCH

Efficacy of an Acute Pain Titration Protocol Driven by Patient Response to a Simple Query: Do You Want More Pain Medication?

Andrew K. Chang, MD, MS*; Polly E. Bijur, PhD; Lynne Holden, MD; E. John Gallagher, MD

*Corresponding Author. E-mail: achang@montefiore.org.

2



Hydroxyzine for lowering patient's anxiety during prehospital morphine analgesia: A prospective randomized double blind study

Charles-Henri Houze-Cerfon, MD, Frédéric Balen, MD, Vanessa Houze-Cerfon, MsC, Julie Motuel, MD, Florent Battefort, MD, Vincent Bounes, PhD, *The American Journal of Emergency Medicine* Volume 50, December 2021, Pages 753-757

> *J Emerg Nurs.* 2017 Nov;43(6):553-559. doi: 10.1016/j.jen.2017.03.022. Epub 2017 May 17.

Influences on Patient Satisfaction Among Patients Who Use Emergency Departments Frequently for Pain-Related Complaints

Patricia Newcomb ¹, Marian Wilson ², Ralph Baine ², Terence McCarthy ², Nicholas Penny ², Caroline Nixon ², Justin Orren ²

IMPACT DU CROWDING

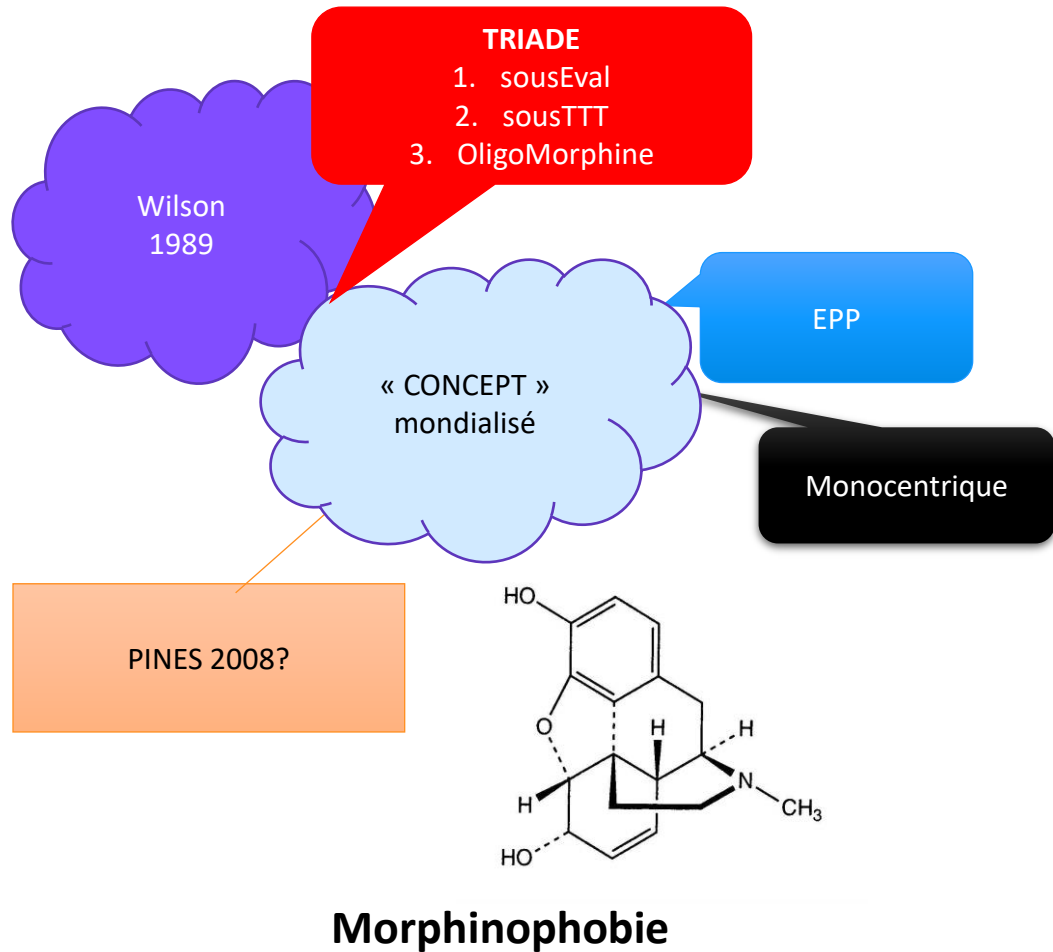
Throughout the study period, 13,758 patients reported severe pain at ED triage. The median waiting room time was 28 minutes (IQR 8 to 72 minutes). A total of 6,746 (49%) patients received pain medication while in the ED. Of those, 4,052 (60%) were treated with narcotic analgesia. Of the patients who were treated, the median time from triage to administration of first pain medication was 74 minutes (IQR 34 to 142 minutes)

Ann Emerg Med. 2008 Jan;51(1):1-5. Epub 2007 Oct 25.

Emergency department crowding is associated with poor care for patients with severe pain.

Pines JM¹, Hollander JE.

Oligo-analgésie:



Evolution vers le qualitatif

Ann Emerg Med. 2008 Jan;51(1):1-5. Epub 2007 Oct 25.

Emergency department crowding is associated with poor care for patients with severe pain.

Pines JM¹, Hollander JE.

Temps: 

Temps sans traitement

Poor care was defined by 3 outcomes:

- not receiving treatment with pain medication while in the ED
- a delay (>1 hour) from triage to first pain medication
- and a delay (>1 hour) from room placement to first pain medication

Mais combien de temps ça prend une titration IV ?

Délai médian arrivée au SAU – soulagement par la titration = 45 minutes

= délai *incompressible* tri IOA->brancard->box->déshabillage->IDE dispo->pose VVP->titration->soulagement

[Am J Emerg Med. 2008 Jul;26\(6\):676-82. doi: 10.1016/j.ajem.2007.10.025.](#)

Intravenous morphine titration to treat severe pain in the ED.

Lvovschi V¹, Aubrun F, Bonnet P, Bouchara A, Bendahou M, Humbert B, Hausfater P, Riou B.

The median delay between arrival in the ED and the onset of morphine titration was 28 minutes (95% CI, 25-32 minutes). The initial VAS was 84 ± 11 and the final VAS was 27 ± 23 . The mean dose of morphine administered was 10.5 ± 6.4 mg (extremes, 2-46 mg), that is, 0.15 ± 0.10 mg/kg (extremes, 0.03-0.80). The median number of boluses administered was 3 (95% CI, 3-4) (Fig. 1) and the median duration of titration was 15 minutes

+ 2h aptitude rue

Patient= DMS=mini 2h45
maxi>5h!

15 minutes par titration
x 80 titrations / j au SAU
= 20 h par jour,
uniquement dédiées à
titrer en morphine ...

Soignant= sous-TTT

RECOS EUSEM 2020

Figure 7.1b Pharmacological management of acute pain symptoms – adults



Pharmacological pain management based on pain score		
Mild pain – NRS 1–3/VAS 1–3/0–30	Moderate pain – NRS 4–6/VAS 4–6/40–60	Severe pain – NRS 7–10/VAS 7–10/70–100
Paracetamol PO 1 g Paracetamol SL 2 × 0.5 g OR Ibuprofen PO 400 mg Naproxen PO 500 mg Diclofenac PO 50 mg Celecoxib PO 200 mg ^b	Inhaled therapy (as other analgesia established) Nitrous oxide/oxygen INH Methoxyflurane INH 1 × 3 mL vial (max daily dose 2 × 3 mL vials) AND Paracetamol PO 1 g Paracetamol SL 2 × 0.5 g Paracetamol IV 1 g AND Ibuprofen PO 400 mg Naproxen PO 500 mg Diclofenac PO 50 mg Ibuprofen IV 400–800 mg (max daily dose 3,200 mg) Diclofenac IV 75 mg (max daily dose 150 mg) Ketorolac IV 0.25 mg/Kg to max 10 mg ^a Celecoxib PO 200 mg ^b AND Metamizole 8–16 mg/Kg PO as a single dose OR 1 g slow IV infusion (max daily dose 2 g) AND Codeine phosphate PO 30–60 mg Tramadol PO 50 mg	Inhaled therapy (as other analgesia is established) Nitrous oxide/oxygen INH Methoxyflurane INH 1 × 3 mL vial (max daily dose 2 × 3 mL vials) 1st line treatment Morphine IV 2–3 mg (titrate at not <2 min intervals at 0.1 mg/Kg IV) Fentanyl IV 0.05 mg Fentanyl IN 50–100 µg (repeat dose <10 minutes) ^c Fentanyl SL 100 mg (only for use in patients with opioid tolerance) Sufentanil IV 1.5–2.5 µg/Kg (via PCA) Sufentanil IN 0.5 µg/Kg (option for subsequent dose × 2 at 10 and 20 min of 0.15 µg/Kg as required) Sufentanil SL 15 µg (subsequent doses not to be administered <20 min after previous) 2nd line treatment Paracetamol IV 1g AND Codeine phosphate PO 30–60 mg Tramadol PO 50 mg Oxycodone PO 10 mg 3rd line treatment Ketamine IV 0.1 mg/Kg (repeat dose × 1 after >10 min) Ketamine IN 0.7 mg/Kg initial dose (subsequent dosing 0.3–0.5 mg/Kg not <15 min) Ketamine IM 0.5–1 mg/Kg (repeat dose × 1)

MEOPA

Méthoxyflurane à faible dose

- peut combler l'écart avec le début plus lent des autres analgésiques dans le traitement de la douleur modérée à sévère

- peut être utilisé seul si le soulagement de la douleur est suffisant.



STOP!: a randomised, double-blind, placebo-controlled study of the efficacy and safety of methoxyflurane for the treatment of acute pain

Frank Coffey,¹ John Wright,² Stuart Hartshorn,³ Paul Hunt,⁴ Thomas Locker,⁵ Kazim Mirza,⁶ Patrick Dissmann⁴

Fentanyl /Sufentanyl INasal



12th JOURNÉES MÉDICALES
14th JOURNÉES ANTHROPOLOGIQUES
DU COLLÈGE PACA
DE MÉDECINE D'URGENCE
COPACAMU 2013

URGENCES

Judi 21 et
Vendredi 22 mars 2013
Hôpital de la Timone,
Marseille

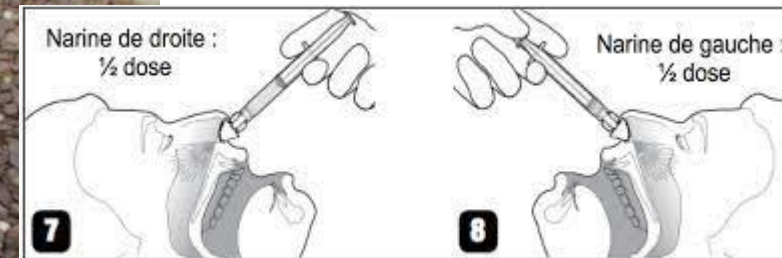
Taliesi, Corcos & Coudane
Cet. Orléans
Aubin
Syrin
Garnaud
C. M. M. M.

**VOIE INTRA-NASALE
EN MÉDECINE
D'URGENCE**

ATELIER MÉDICO-INFIRMIER
21 mars 2013
15h45

Dr Fabien LEMOËL

PNe Urgences-SAMU-SMUR (Pr Jacques LEVRAUT)
Hôpital St Roch, CHU de Nice

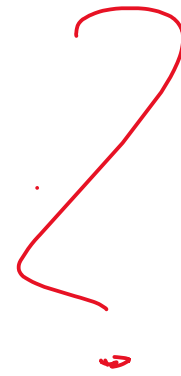
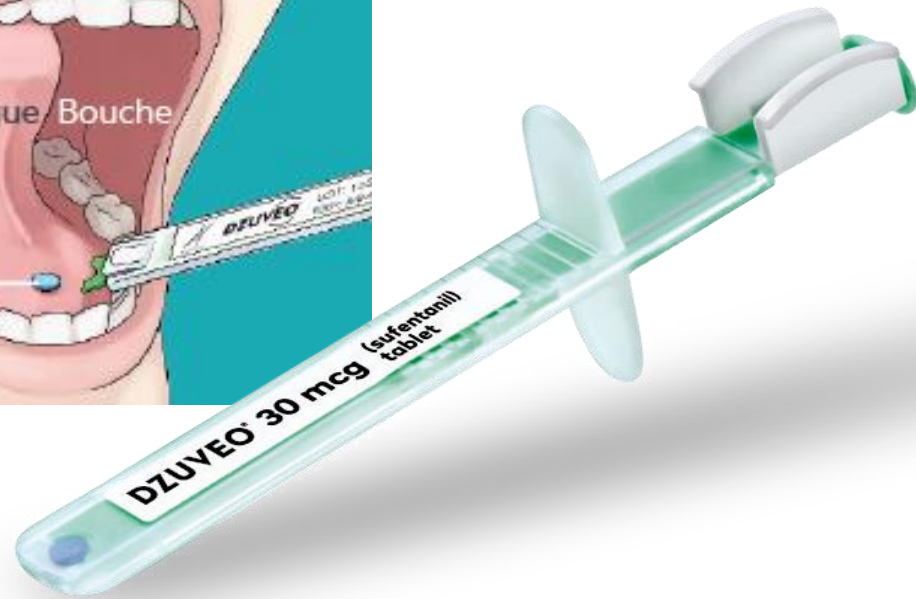
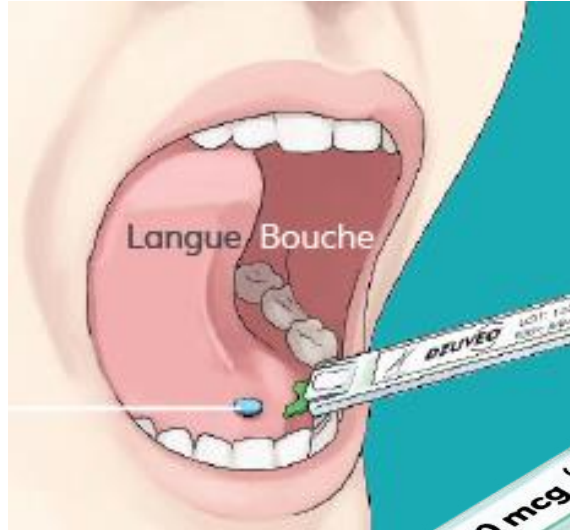


[Ann Emerg Med.](#) 2007 Mar;49(3):335-40. Epub 2006 Oct 25.

A randomized controlled trial comparing intranasal fentanyl to intravenous morphine for managing acute pain in children in the emergency department.

[Borland M](#), [Jacobs J](#), [King B](#), [O'Brien D](#).

Princess Margaret Hospital for Children, Subiaco, WA, Australia. Meredith.Borland@health.wa.gov.au



Bon usage opioïde

Quels opioïdes ?

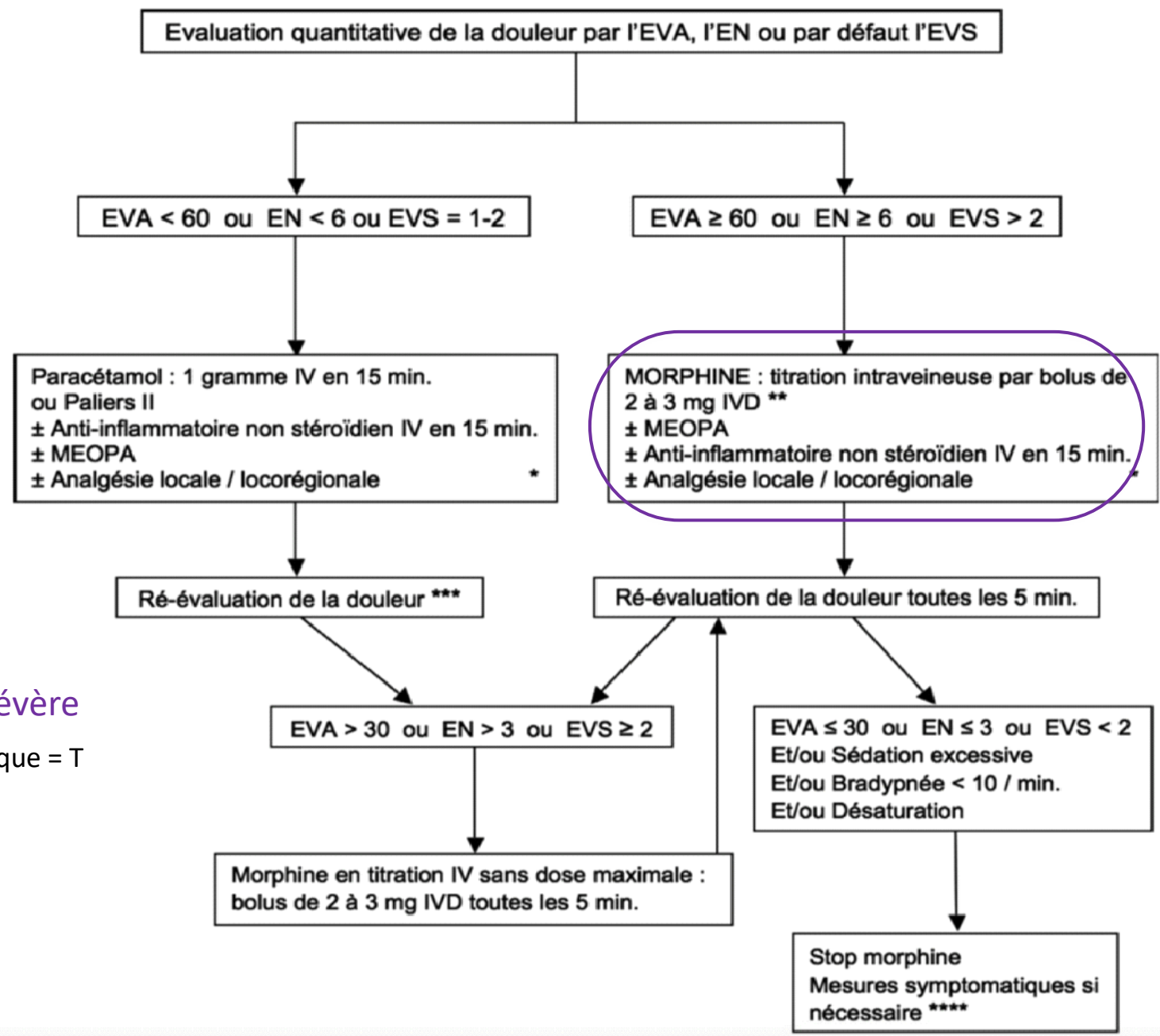
Comment?

Pour qui ?

Pour combien de temps ?

Bons mariages



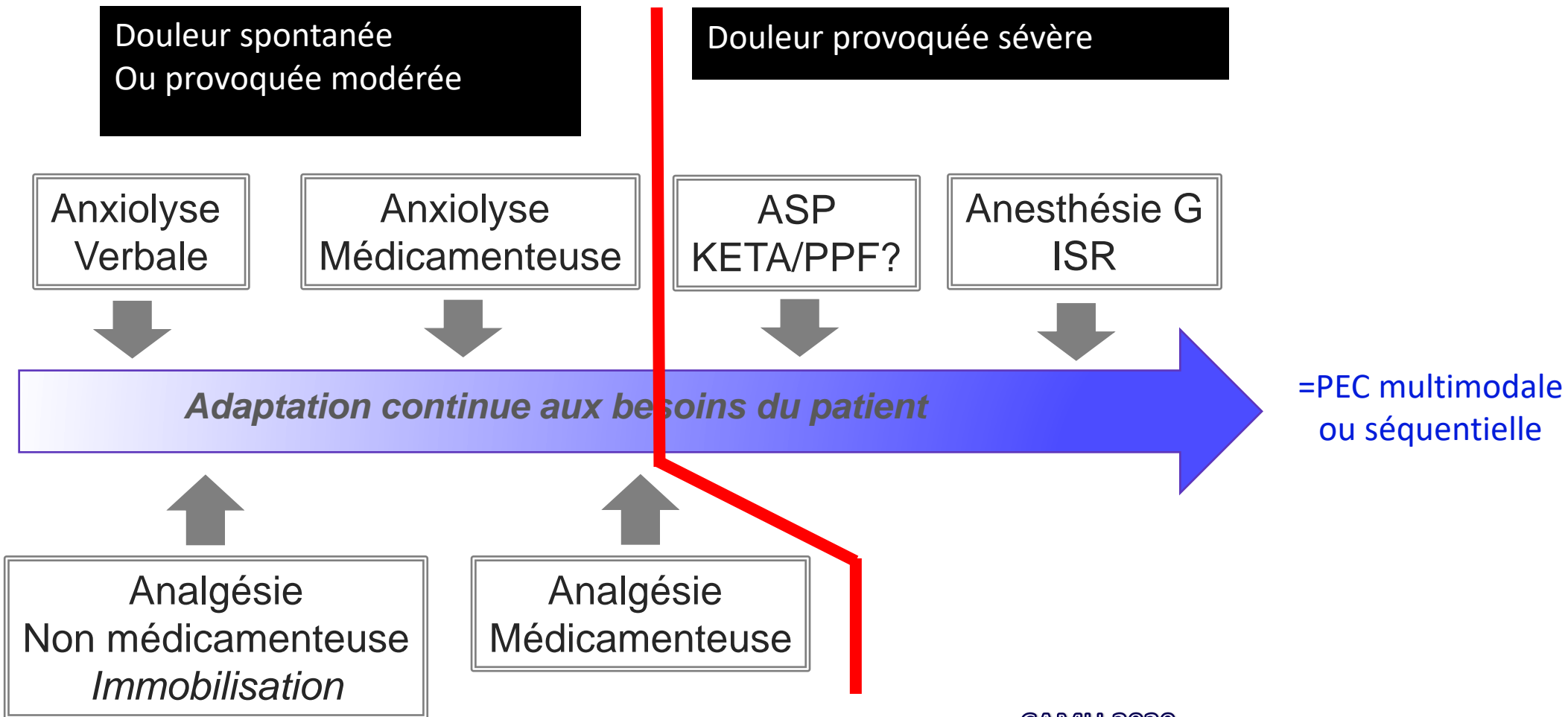


- Douleur sévère Vs Non Sévère
- Meilleure balance bénéfique / risque = T en morphine 1^{ère} int
- Multimodalité 1+/-
- Critère d'arrêt: Soulagé
- Critère d'arrêt 2: Effets Sec

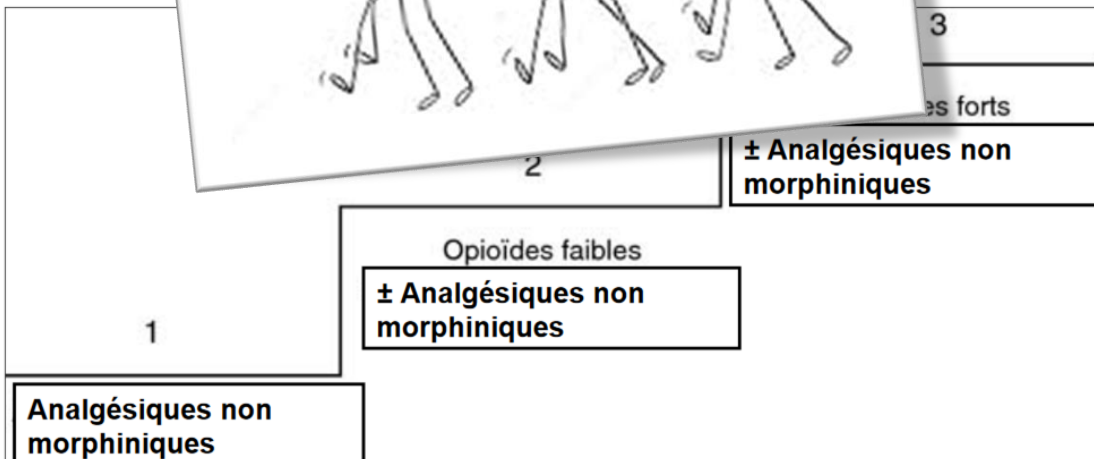
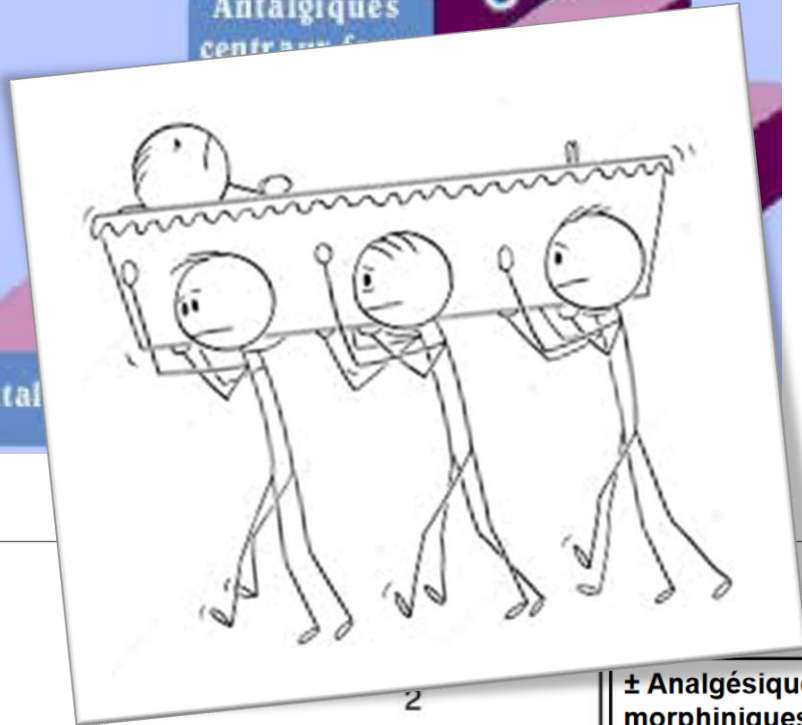


STRATEGIE

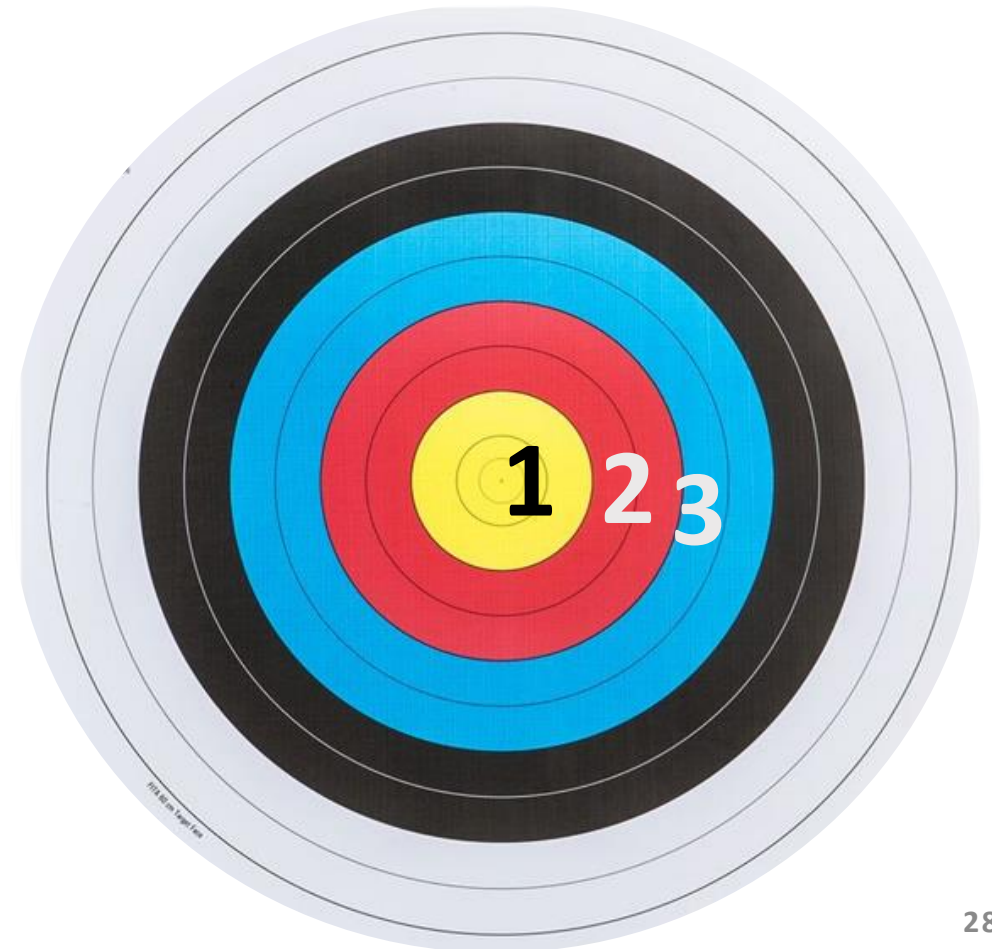
Niveau d'analgésie désirée?



La fin des PALIERS ANTALGIQUES ?



Inverser les paliers!



Stratégie médicamenteuse en cas de douleur sévère: les règles générales persistent



Academic Emergency Medicine
A GLOBAL JOURNAL OF EMERGENCY CARE

Symptôme ?



ORIGINAL CONTRIBUTION

Intravenous acetaminophen does not reduce morphine use for pain relief in emergency department patients: A multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial

Bruno Minotti MD¹ | Gregory Mansella MD² | Robert Sieber MD¹ | Alexander Ott MD³ |
Christian H. Nickel MD² | Roland Bingisser MD²

[Acad Emerg Med.](#) 2022 Aug; 29(8): 954–962.

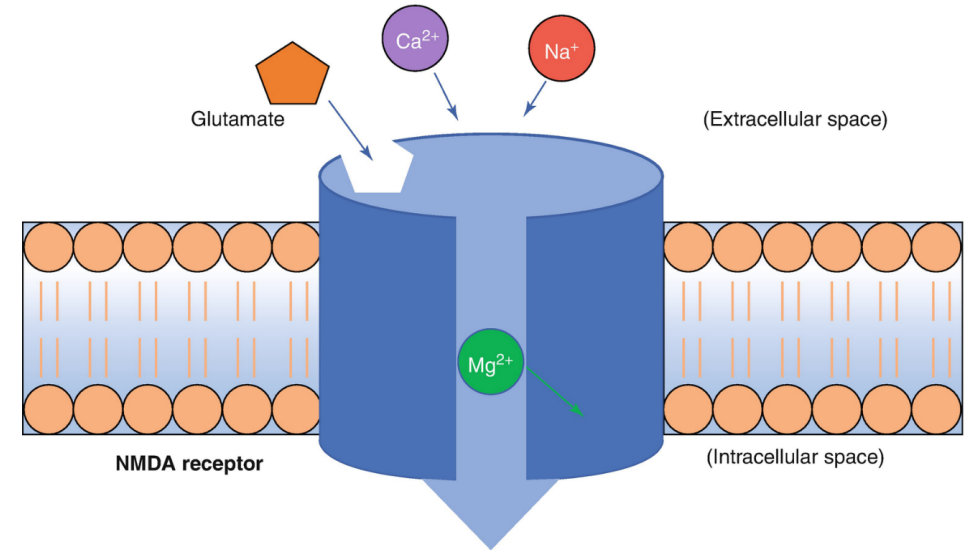
Published online 2022 May 22. doi: [10.1111/acem.14517](https://doi.org/10.1111/acem.14517)

La weblettr du « Board **Douleur** »

MARS 2023



Action Kétamine intéressante



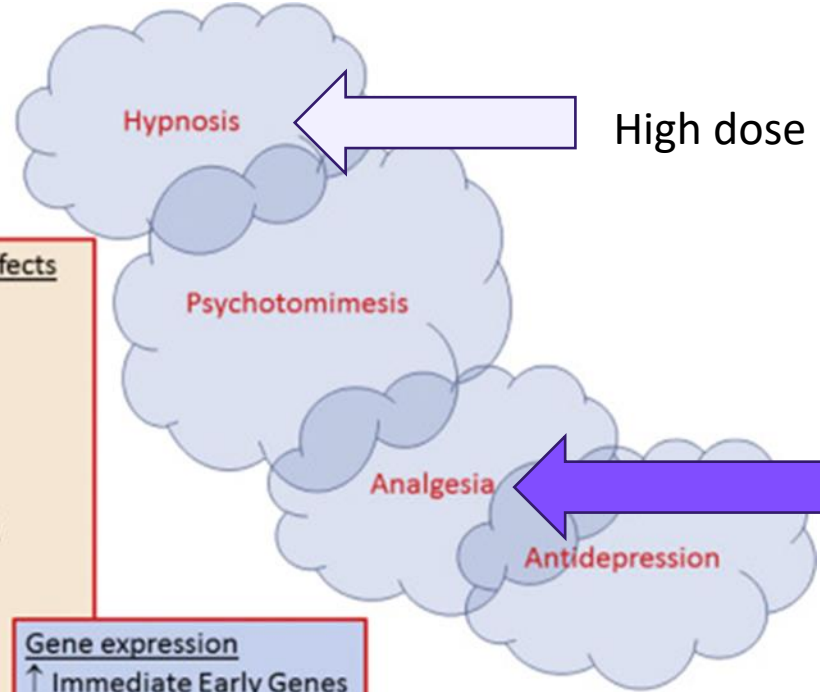
NMDA

- Channel effects**
- ↓ NMDA
 - ↓ HCN1
 - ↓ nACh
 - ↓ L-type Ca

- Neuromodulation effects**
- ↑ Glutamate
 - ↑ Noradrenaline
 - ↑ Dopamine
 - ↑ Cortical ACh
 - ↓ Pontine ACh
 - ↕ Opioids & ERK1/2
 - ↕ mGluR
 - ↕ Neurosteroids
 - ↓ NOX
 - ↑ AMPAR insertion
 - ↑ NMDAR1 phosphorylation and expression

- Gene expression**
- ↑ Immediate Early Genes
 - ↑ GFAP expression
 - ↑ BDNF
 - ↑ mTOR
 - ↑ Rgs4

- Cellular Effects**
- Synaptic homeostasis
 - Apoptosis



JAMA Network | **Open**

Original Investigation | Emergency Medicine

Ketamine Compared With Morphine for Out-of-Hospital Analgesia for Patients With Traumatic Pain
A Randomized Clinical Trial

Clément Le Cornec, MD; Marion Le Pottier, MD; Hélène Broch, MD; Alexandre Marguinaud Tixier, MD; Emmanuel Rousseau, MD; Saïd Laribi, MD, PhD; Charles Janière, MD; Vivien Brenckmann, MD, PhD; Anne Guillemin, MD; Florence Deciron, MD; Amine Kabbaj, MD; Joël Jenvrin, MD; Morgane Péré, MSc; Emmanuel Montassier, MD, PhD

Nouvelles pharmacopées

= Inadaptation du classement
des antalgiques non morphiniques

- Paracétamol
- AINS
- Nefopam

I / Ib / II

AIGU

Kétamine????
Hallogénés?????
Laroxyl?

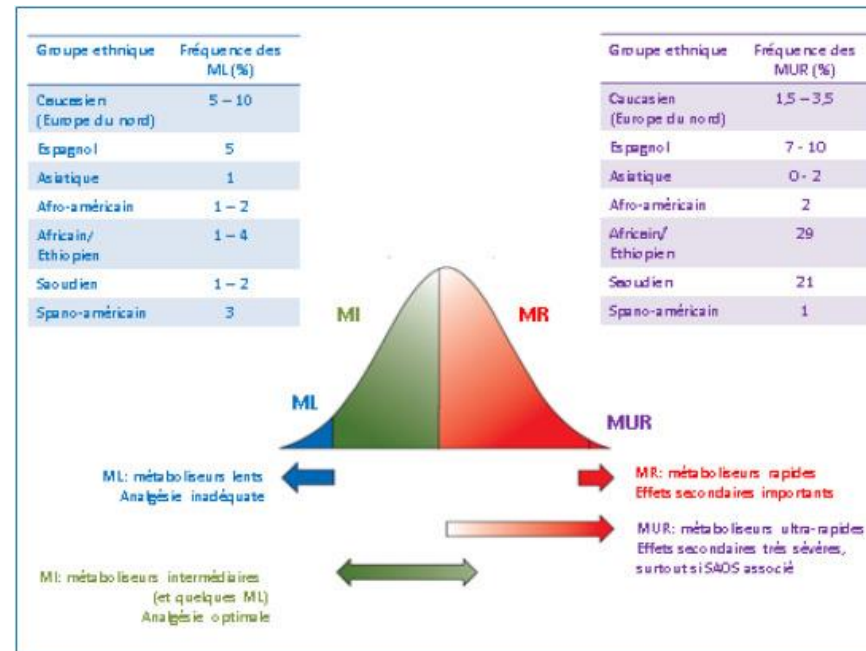
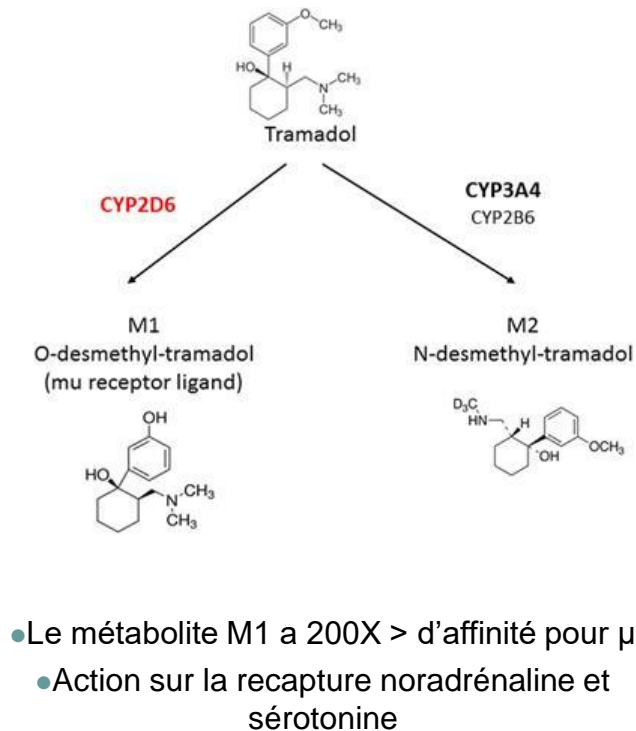
Innovations antalgiques?

Nouvelle classification simplifiée des antalgiques : Boîte à outils compartimentée

1	« antinociceptifs »	<ul style="list-style-type: none">• ANM : paracétamol, AINS• OPIOIDES FAIBLE• OPIOIDE FORT
2	« antihyperalgésiques »	<ul style="list-style-type: none">• ANTAGONISTE NMDA (kétamine)• antiépileptique : gabapentine prégabaline
3	Modulateurs des contrôles inhibiteurs descendants	<ul style="list-style-type: none">• antidépresseurs tricycliques• IRSN• tramadol
4	Modulateurs de la transmission et de la sensibilisation périphériques	<ul style="list-style-type: none">• AL• carbamazépine• capsaïcine
5	MIXTE (nociceptive + neuropathique)	<ul style="list-style-type: none">• tramadol• oxycodone

TRAMA-DON'T !!!!!

Variabilité génétique dangereuse



Confirmation de la titration morphinique IV



Academic Emergency Medicine
A GLOBAL JOURNAL OF EMERGENCY CARE

 Free Access

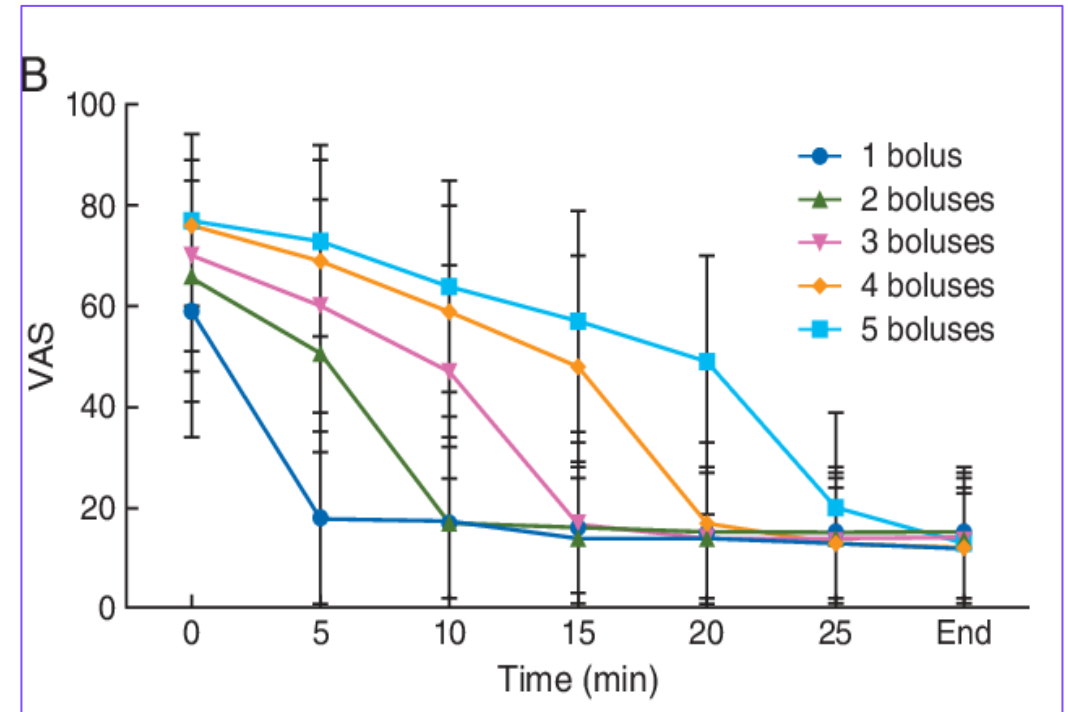
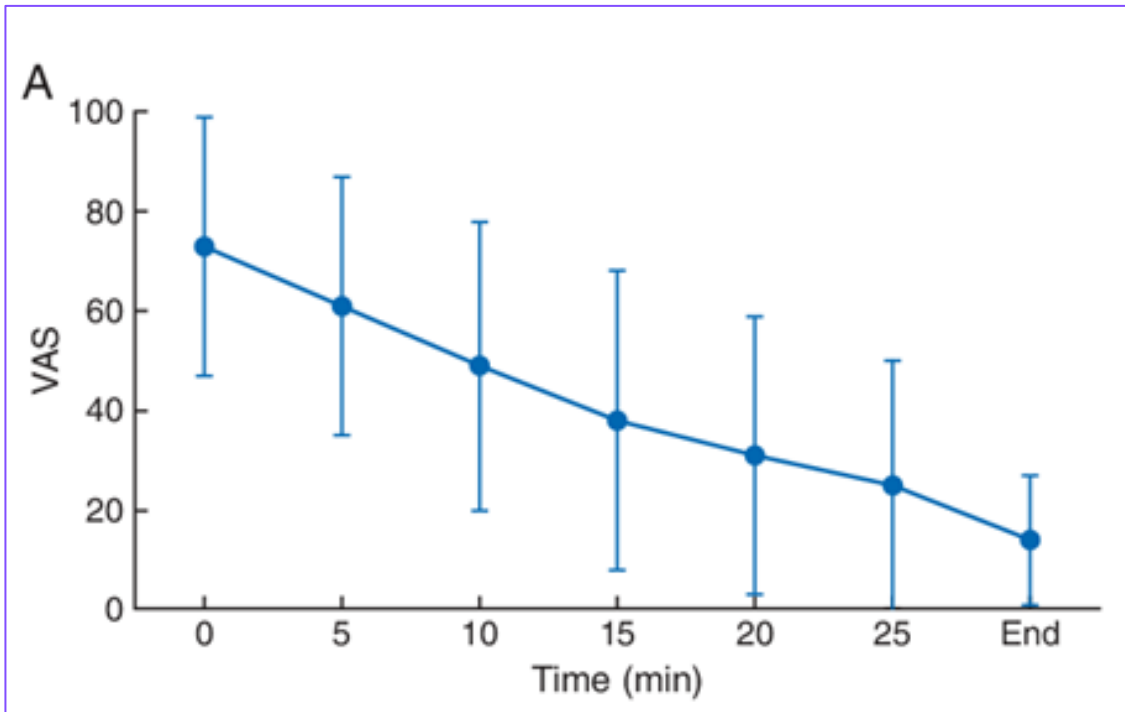
Oral versus Intravenous Opioid Dosing for the Initial Treatment of Acute Musculoskeletal Pain in the Emergency Department

James R. Miner MD, Johanna Moore MD, Richard O. Gray MD, Lisa Skinner MD, Michelle H. Biros MS, MD

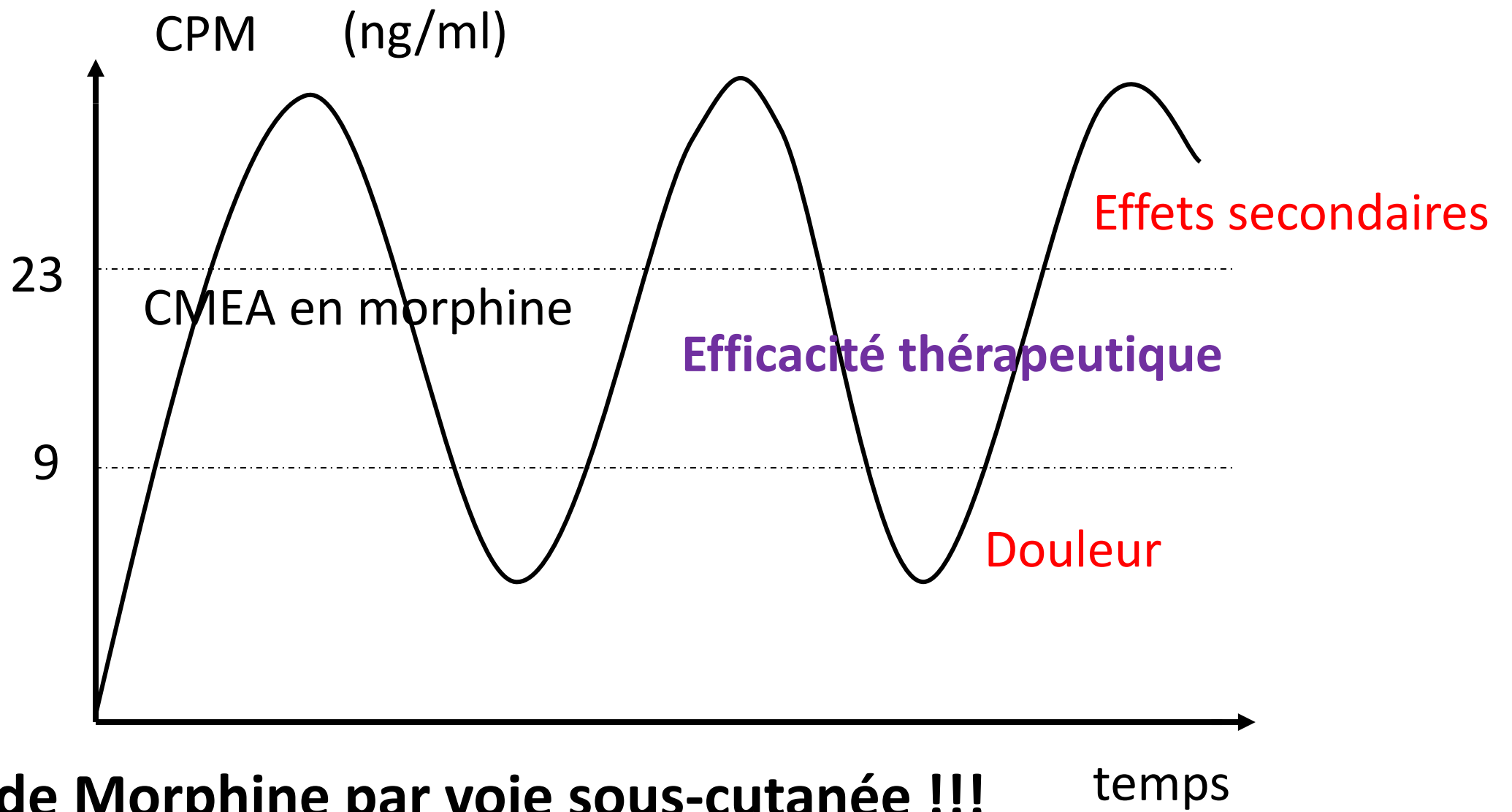
First published: 03 December 2008 | <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2008.00266.x> | Citations: 27

Pas de dose de charge: patience!!!!

(cinétique PD individuelle)



Aubrun et al., Anesthesiology 2003



Recommandations HAS - 2022 Opioïdes



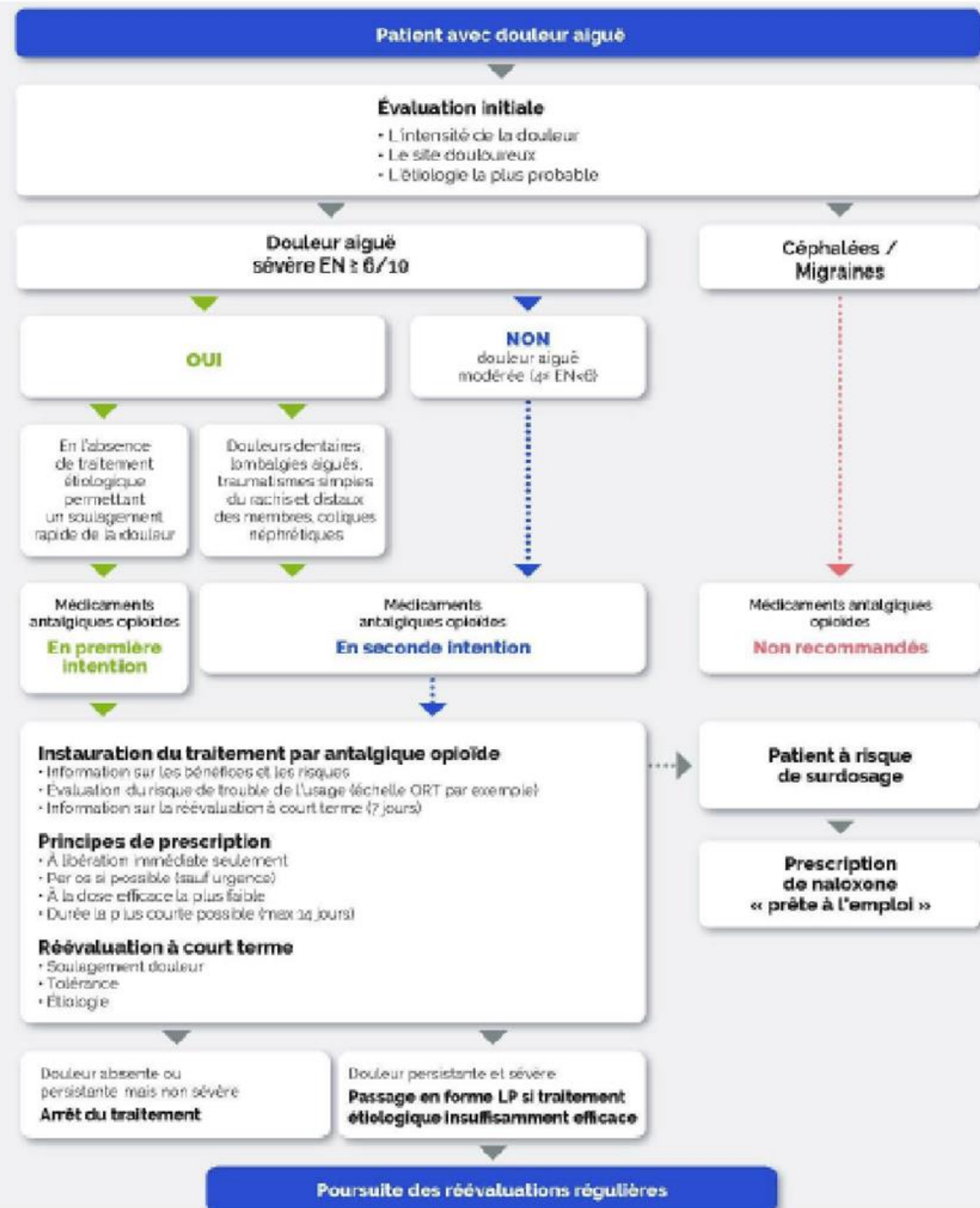
Opioïd crisis?

Rationalisation opiacée à la
Fçaise

RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

RECOMMANDATION

Bon usage des médicaments opioïdes : antalgie, prévention et prise en charge du trouble de l'usage et des surdoses



Recommandations ciblées

Progrès en urologie (2009) RECOMMANDATION



Actualisation 2008 de la 8^e Conférence de consensus de la Société francophone d'urgences médicales de 1999. Prise en charge des coliques néphrétiques de l'adulte dans les services d'accueil et d'urgences

- le contrôle de la douleur qui est l'essentiel de la thérapeutique et qui doit être faite avant tout par les AINS par voie intraveineuse ;
- un recours facile à la morphine dans les formes rebelles ou en cas de contre-indication aux AINS, en se référant aux protocoles de titration de morphine préconisés par la SFMU ;

Mais attention hors CN

Received: 23 February 2022 | Revised: 18 March 2022 | Accepted: 19 March 2022
DOI: 10.1111/acem.14495

ORIGINAL CONTRIBUTION

CME



Guidelines for Reasonable and Appropriate Care in the Emergency Department 2 (GRACE-2): Low-risk, recurrent abdominal pain in the emergency department

Joshua S. Broder MD¹ | Lucas Oliveira J. e Silva MD, MS² | Fernanda Bellolio MD, MS² | Caroline E. Freiermuth MD, MSc³ | Richard T. Griffey MD, MPH⁴ | Edmond Hooker MD, DrPH⁵ | Timothy B. Jang MD⁶ | Andrew C. Meltzer MD MS⁷ | Angela M. Mills MD^{8,9} | Joan D. Pepper MEd¹⁰ | Steven D. Prakken MD¹¹ | Michael D. Repplinger MD, PhD¹² | Suneel Upadhye MD, MSc¹³ | Christopher R. Carpenter MD, MSc^{4,9}

Ann. Fr. Med. Urgence (2022) 12:4-11
DOI 10.3166/afmu-2022-0371

ARTICLE ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

Association entre douleur abdominale intense et diagnostic d'urgence chirurgicale

Association between Severe Abdominal Pain and Surgical Emergency Diagnosis

M. Moreau · J. Boize · H. Devambe · N. Cury · J.-E. Galimard · Y. Yordanov · P.-C. Thiebaud

Reçu le 24 septembre 2021 ; accepté le 3 janvier 2022
© SFMU et Lavoisier SAS 2022

= Douleur abdominale

Do opioids affect the clinical evaluation of patients with acute Abdominal pain?

Ranji SR JAMA 2006;296:1764-74

EBEM/Rational Clinical Examination Abstract

Table 2. Management error.

Population type	Risk Difference	95% CI	NNH/NNT*
Adult	+0.3% (absolute increase)	-4.1 to +4.7	NNH=333
Pediatric	-0.8% (absolute decrease)	-8.6 to +6.9	NNT=125
Combined (adult+pediatric)	+0.1% (absolute increase)	-3.6 to +3.8	NNH=909
Combined (adult+pediatric) in studies with adequate analgesia	-0.2% (absolute decrease)	-4.0 to +3.6	NNT=500

NNH, Number needed to harm; NNT, number needed to treat.

*NNT represents a potential benefit of opiate administration in avoiding delay to operative management.

NON-INDICATIONS aux opioïdes

Traitements alternatifs

≠ coA

- Aussi efficaces
- Hyperalgésie
- Ciblage des terrains
- Mésusage

Même EN≥6/10
Recos spécifiques



Article

Bedside Evaluation of Early VAS/NRS Based Protocols for Intravenous Morphine in the Emergency Department: Reasons for Poor Follow-Up and Targeted Practices

Virginie Eve Lvovschi ^{1,*}, Karl Hermann ², Frédéric Lapostolle ³, Luc-Marie Joly ⁴ and Marie-Pierre Tivolacci ⁵

J. Clin. Med. **2021**, *10*, 5089. <https://doi.org/10.3390/jcm10215089>

Céphalées



- Pas d'opiacés
- Hyperalgésie 2ndaire
- Abus d'antalgique
- Recommandations spécifiques

Coliques Neph



- 2è intention
- Littérature abondante
- Recommandations spécifiques
- Rôle dans le parcours de soin: Orientation TDM

AINS*



Lombalgies

- Le plus tard possible
- Le plus réévalué possible
- Chronicisation
- Dlr Neuropathiq
- Recommandations spécifiques

Evaluations complémentaires

NEUROPATHIE?



Répondez aux 4 questions ci-dessous en cochant une seule case pour chaque item.

INTERROGATOIRE DU PATIENT

Question 1 - La douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	OUI	NON
1- Brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- Sensation de froid douloureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- Décharges électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Question 2 - La douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

	OUI	NON
4- Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- Picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- Engourdissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EXAMEN DU PATIENT

Question 3 - La douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence ?

	OUI	NON
8- Hypoesthésie au tact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- Hypoesthésie à la piqure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Question 4 - La douleur est-elle provoquée ou augmentée par... ?

	OUI	NON
10- Le frottement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OPIOID RISK TOOL

Opioid Risk Tool (ORT)

Mark each box that applies	Female	Male
1. Family Hx of substance abuse		
Alcohol	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3
Illegal drugs	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Prescription drugs	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
2. Personal Hx of substance abuse		
Alcohol	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
Illegal drugs	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
Prescription drugs	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
3. Age between 16 & 45 yrs	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
4. Hx of preadolescent sexual abuse	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0
5. Psychologic disease		
ADD, OCD, bipolar, schizophrenia	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Depression	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1

Scoring Totals: >8

Evalués?

- DNA oui

Original Contribution
 Prevalence of neuropathic pain in emergency patients: an observational study
 François Lecomte MD^{a,b}, Nathalie Gault MD^{b,c}, Victoria Koné MD^{b,c}, Cécile Lafoix MD^{b,c}, Christine Ginsburg MD^{a,b}, Yann-Erick Claessens MD, PhD^{a,b}, Jean-Louis Pourriat MD, PhD^{a,b}, Gwenaëlle Vidal-Trecan MD, PhD^{b,c}

The American Journal of Emergency Medicine
 Volume 30, Issue 9, November 2012, Pages 1877-1883
 ELSEVIER

Original Contribution
 Morphine consumption is not modified in patients with severe pain and classified by the DN4 score as neuropathic ★
 Virginie Lvovschi MD^{a,b}, Amandine Arhan MD^{b,c}, Gaëlle Juillien MD^{b,c}, Viviane Montout MD^{b,c}, Mouhssine Bendahou MD^{b,c}, Hélène Goulet MD^{b,c}, Khaled Saïdi MD^{b,c}, Bruno Riou MD, PhD^{b,c}

- ORT drepanocytose

Opioid Risk Tool (ORT) for Narcotic Abuse

Webster LR, Webster RM. Pain Medicine. 2005; 6:432-42

Démarche actualisée: 12 points clefs

1ere évaluation avec
1ere prescription puis
réévaluation précoce
(T45?)

Le patient est-il fragile /
dys-communicant? À
risque de sous-TTT?

Le patient désire-t 'il un
traitement
médicamenteux?

Eviter la communication
Nocebo

La cause de la douleur
est-elle évidente?
Traitement ciblé
immédiat?

Le patient est-il candidat
à rester ambulatoire?

Le patient va-t-il avoir
besoin d'une sédation
procédurale?

Traiter dans le doute

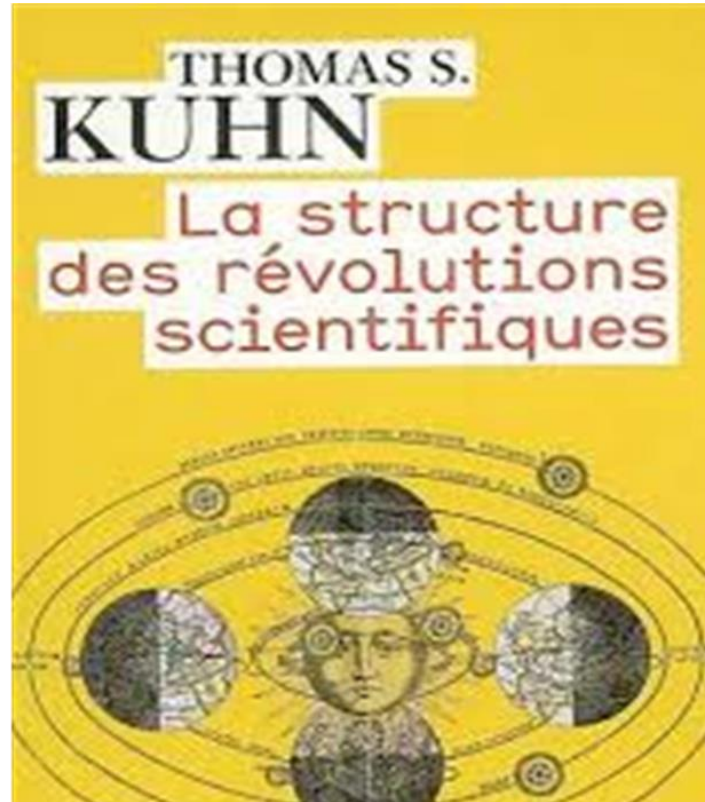
Le moins d'opioïdes
faibles possibles

La morphine titrée reste
l'opioïde référent IV

Toutes les douleurs
sévères ne relèvent pas
d'un opioïde

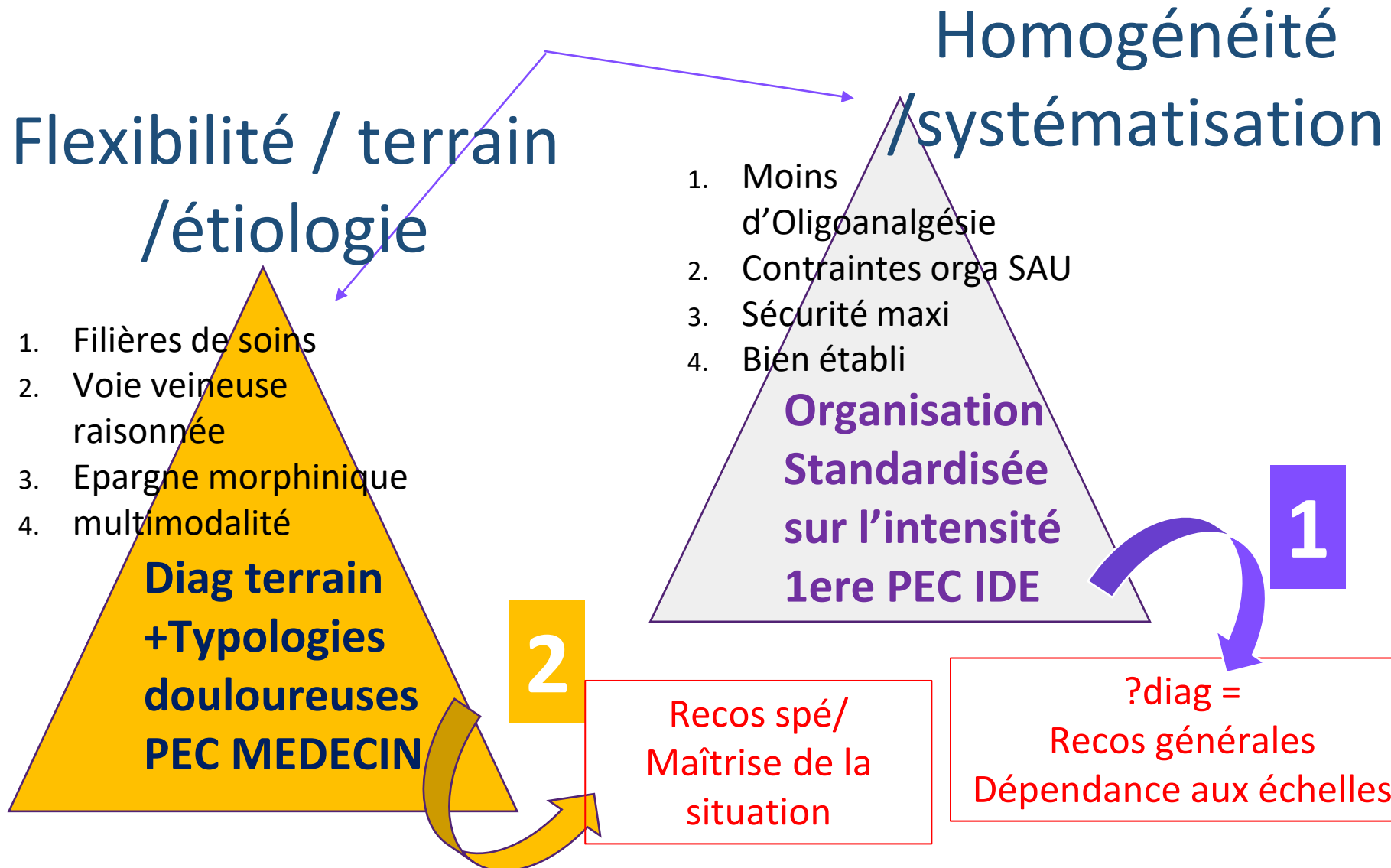
Le moins d'opioïdes
possibles à la sortie au
domicile

Personnalisation vs standardisation?



Un changement de paradigme?

Personnalisation *et* standardisation



Ciblage *ou* Ubiquité

Médicaments rois de l'ubiquité

+ Coalgésies

1. Nefopam
2. Phloroglucinol

Morphine
Paracétamol
MEOPA
Tramadol

2

Détection
Douleur sévère
/Multimodalité maximale

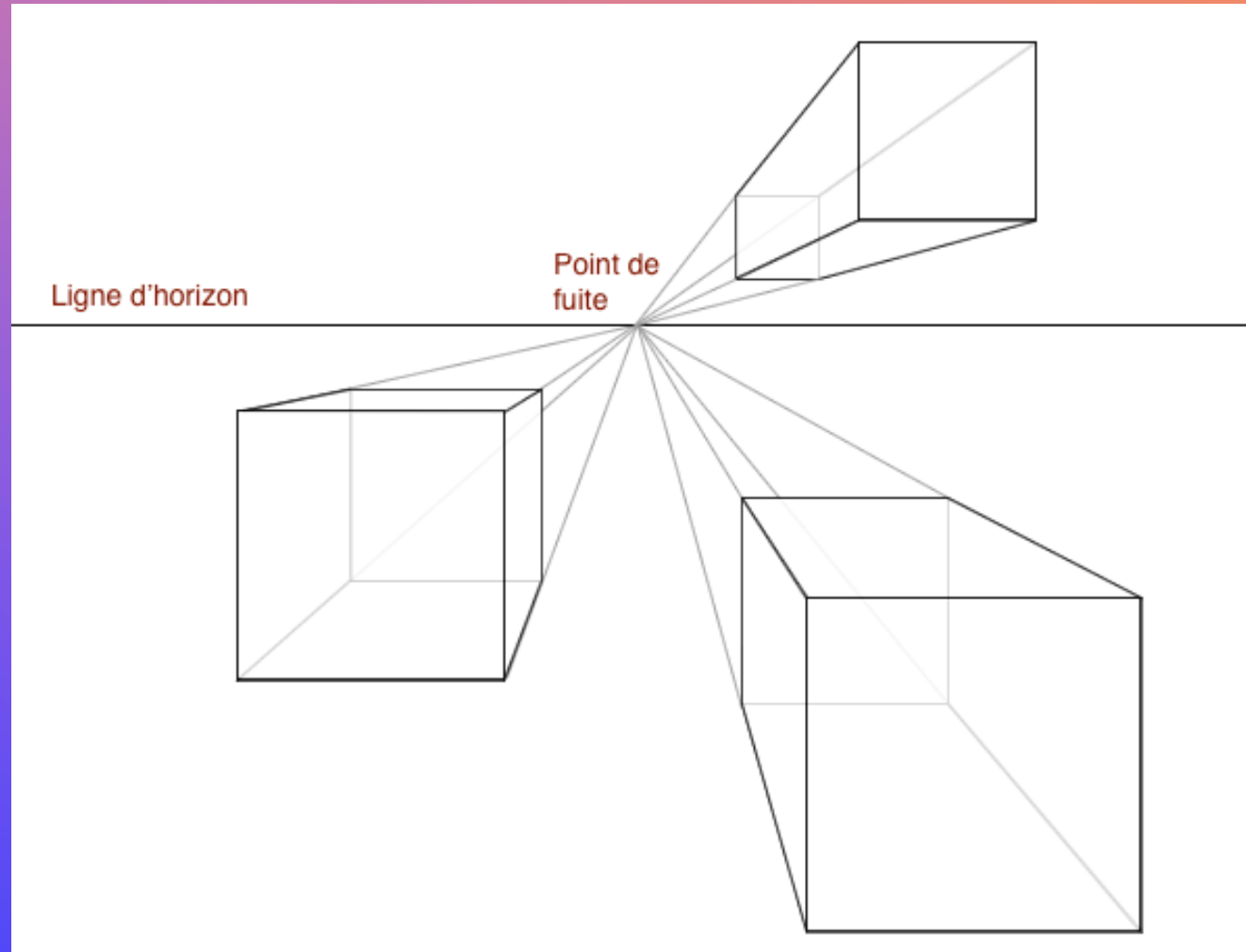
Médicaments rois de la personnalisation

AINS
Hallogénés
Antimigraineux
Antineuropathiques

1

Indépendants
de l'intensité
/expertise

DEMAIN?...



Adaptation aux Filières de traumatisme ambulatoire

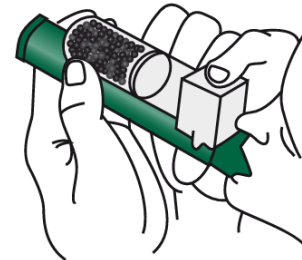
TYPE Original Research
 PUBLISHED 22 February 2024
 DOI 10.3389/fpubh.2024.1352833

Severe pain management in the emergency department: patient pathway as a new factor associated with IV morphine prescription

Virginie E. Lvovschi^{1,2*}, Florence Carrouel³, Karl Hermann⁴, Frédéric Lapostolle^{5,6}, Luc-Marie Joly⁷ and Marie-Pierre Tavolacci^{4,8}



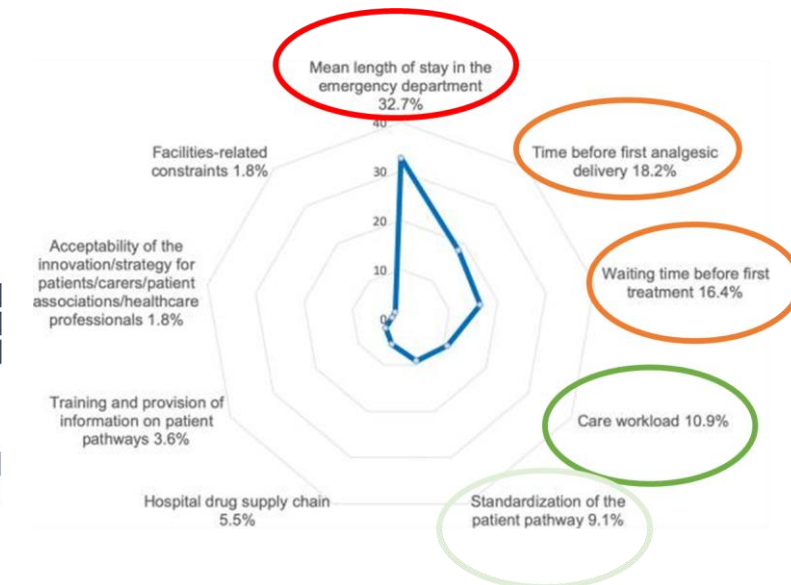
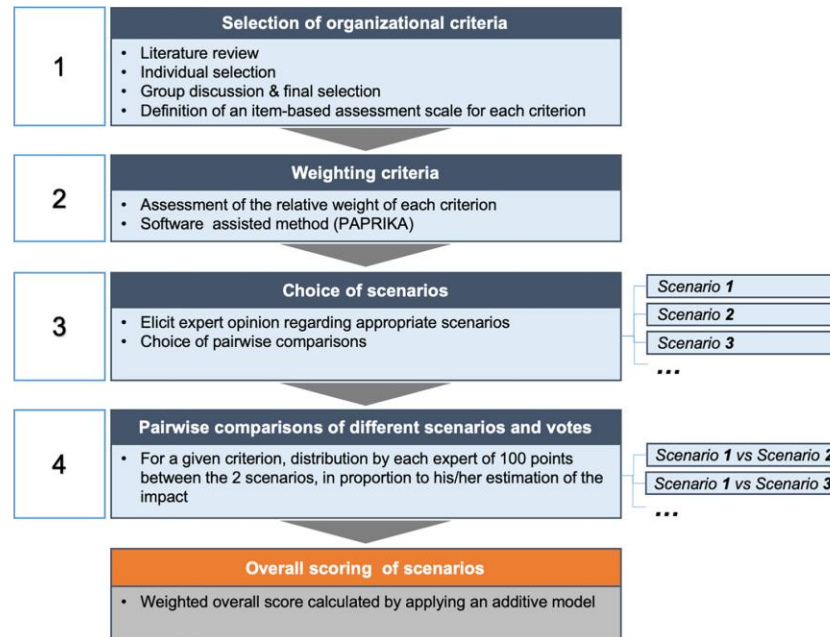
PLOS ONE



RESEARCH ARTICLE

Multiple criteria decision analysis approach to consider therapeutic innovations in the emergency department: The methoxyflurane organizational impact in acute trauma pain

Virginie Eve Lvovschi¹, Maxime Maignan², Karim Tazarourte³, Mohamed Lamine Diallo⁴, Caroline Hadjadj-Baillet⁵, Nathalie Pons-Kerjean⁶, Frederic Lapostolle⁷, Claude Dussart^{8*}



Antalgie pendant tout le parcours



TRIAGE
AREA



Taking It One Step Further



Un séjour est un circuit complexe = un parcours = nombreux moments à risques

Ideal ED patient journey models (within EDs)

Journal of Research in Medical Sciences

| 2017 |

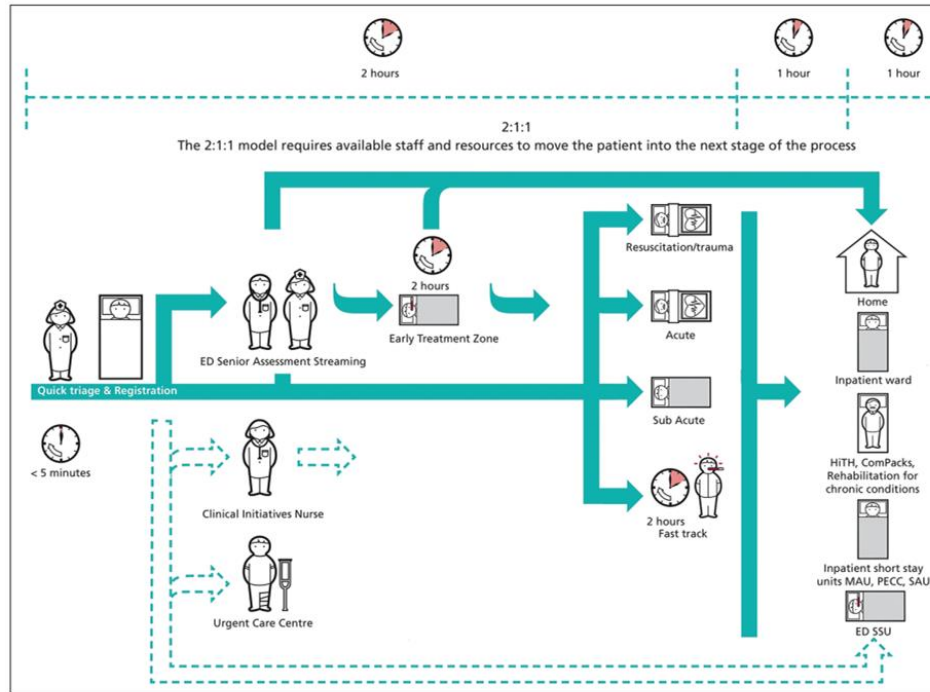


Figure 2: The ideal patient journey with streaming to models of care within emergency department and external to emergency department⁽⁴⁹⁾

Le circuit patient en structure des urgences

Pierre-Géraud Claret

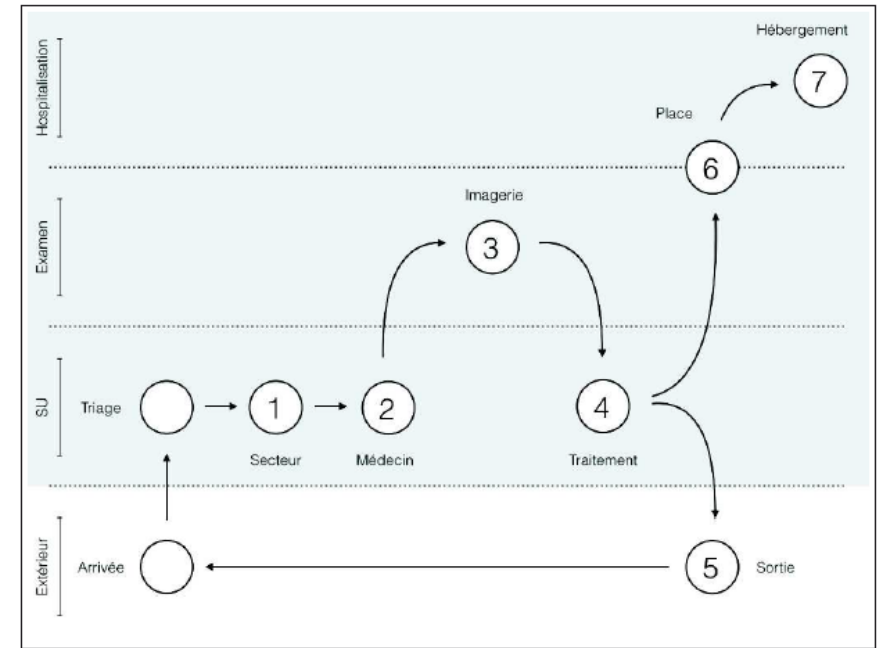


FIGURE 1.2. – Circuit patient en SU et articles présentés (les chiffres correspondent aux numéros des articles). SU : structure des urgences.

RE-EVALUER

“ Points essentiels

- La douleur doit être évaluée systématiquement et avec une échelle adaptée au patient.
- La prise en charge de la douleur doit être personnalisée et adaptée à la douleur, à la pathologie, au patient et au contexte.
- L’opiacé de référence est la morphine et, qu’elle soit par voie intraveineuse ou entérale, elle doit être titrée.
- Toutes les douleurs sévères ne doivent pas être traitées par un opiacé.
- Les douleurs procédurales doivent être prévenues et un sédatif puissant utilisé si nécessaire avec les mesures de formation des soignants, de sécurité et de surveillance adaptées.

Prise en charge de la douleur aiguë en médecine d’urgence

M. Galinski, F. Lemoel, C. Gil-Jardiné, F. Lapostolle, F. Adnet, V. Bounes, V. Lvovschi

Résumé : *En médecine d’urgence, la douleur aiguë est une réalité qui concerne la majorité des patients. Il est admis que sa prise en charge est une urgence du fait de ses effets potentiellement délétères. Cette prise en charge doit être individualisée, c’est-à-dire adaptée à la douleur, au patient et à la pathologie causale. L’évaluation de la douleur et la mesure de son intensité sont indispensables à une bonne prise en charge, mais doivent être adaptées à chaque patient. La prise en charge de la douleur repose sur la multimodalité, utilisant des moyens pharmacologiques et non pharmacologiques, avec notamment un accompagnement et une attitude empathique du soignant. La morphine est un antalgique majeur dont l’utilisation pourrait être davantage étendue, moyennant des procédures précises et une formation adéquate des soignants. Par ailleurs, les douleurs des soins et des gestes doivent être anticipés. Certains gestes nécessitent une réelle sédation qui doit être parfaitement maîtrisée par les équipes soignantes afin de limiter le risque d’effets indésirables.*

© 2022 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots-clés : Douleur aiguë ; Évaluation ; Multimodalité ; Titration de morphine ; Analgésie-sédation procédurale

Tableau 2.

Analgésie anticipée pour des procédures douloureuses.

Procédure	Traitement
Ponction veineuse (prélèvement sanguin, cathétérisation)	Crème anesthésiante (au moins 90 min avant le geste) MEOPA en fonction du patient et de son état Distraction
Ponction pour anesthésie locorégionale	Crème anesthésiante (au moins 90 min avant le geste) MEOPA en fonction du patient et de son état
Ponction artérielle	
Cathétérisation d'une veine centrale	
Ponction lombaire	
Pose d'une sonde nasogastrique	
Pose d'une sonde vésicale	
Geste (réduction, alignement, immobilisation) sur un membre fracturé et/ou luxé	Sédation procédurale Sédation : kétamine $1,0 \pm 0,5$ mg/kg intraveineux Ou propofol $1,0 \pm 0,5$ mg/kg intraveineux (patient stable, absence de contre-indication, préoxygénation) Anesthésie locorégionale si possible
Choc électrique externe pour trouble du rythme chez un patient conscient	Sédation procédurale Sédation : propofol 0,5 à 0,8 mg/kg (alternative : anesthésie générale et intubation orotrachéale)
Exploration et suture de plaies	MEOPA Anesthésie locale ou locorégionale



le ponction

iguille atraumatique
e

tient se gargarise avec le gel



MERCI



Dr Virginie-Eve Lvovschi
boarddouleursfm@gmail.com

<https://www.sfm.org/fr/la-sfm/les-boards/douleur/>

○ RECOS SFMU 2024!

ÉCO RESPONSABLE

SFMU Société Française de Médecine d'Urgence

SAMU Urgences de FRANCE

05.06.07 JUIN

SUR PLACE & EN LIGNE www.urgences-lecongres.org

URGENCES2024

PALAIS DES CONGRÈS - PORTE MAILLOT **PARIS**

📍 📶

📷 📺 📱 📧