

Étude rétrospective épidémiologique de la prise en charge des douleurs induites dans le service des urgences

Adrien Maseri, Charles Grégoire, Franck Verschuren (1)

Promoteur : Pr Franck Verschuren (1)

FR

La *douleur induite* est définie comme une douleur de courte durée, causée par le praticien dans des circonstances prédictibles, susceptibles d'être prévenues par l'utilisation d'une analgo-sédation appropriée. La littérature actuelle concernant sa gestion est rare. L'objectif de cette étude a été d'évaluer la réalité de la douleur induite en médecine d'urgence.

MATÉRIEL ET MÉTHODOLOGIE

Nous avons effectué une étude rétrospective des dossiers médicaux de patients concernés par les cinq procédures de douleurs induites les plus fréquentes nécessitant une procédure de sédation potentielle, dans un service d'urgence universitaire: la réduction de la fracture, la réduction de luxation, le drain d'abcès, le placement de drain thoracique et la cardioversion électrique externe (CEE). Les sutures de plaies larges et l'anesthésie locorégionale n'ont pas été considérées. Les praticiens avaient à leur disposition les protocoles locaux relatifs aux sédations. Les fréquences d'évènements entre les cinq groupes ont été comparées par un test de Chi-carré.

RÉSULTATS

Cent trente-sept dossiers consécutifs ont été retenus et analysés sur une période de trois mois (0.8 % des 17.000 admissions), correspondant à 1.5 cas de douleur induite par jour. L'âge moyen était de 47 ans. Les dossiers concernaient 48 drains d'abcès, 44 réductions de luxation, 30 réductions de fractures, 12 placements de drain thoracique et 3 CEE. 58 procédures de sédation ont été réalisées (42 %), correspondant à 100 % des CEE, 70 % des fractures, 69 % des drains thoraciques, 52 % des réductions de luxation et 4 % des abcès.

La mise en place d'une analgésie a été fort variable : parmi les 79 patients n'ayant pas reçu de sédation procédurale, 27 (34 %) ont reçu une analgésie intraveineuse, 13 (16 %) du MEOPA, 21 (26 %) une antalgie orale simple et 21 (26 %) n'ont reçu aucune médication antalgique. Seuls quatre patients (3 %) ont bénéficié de l'utilisation de morphine intraveineuse.

La probabilité que deux patients tirés au hasard reçoivent la même sédation pour une pathologie précise est de 68,2 % pour les poses de drains thoraciques, 53,7 % pour les drains d'abcès, 15,9 % pour les réductions de luxations et de 3,4 % pour les réductions de fractures. Bien que les pathologies graves semblent traitées avec plus d'attention, cette variabilité dans l'utilisation d'une médication sédative et des médicaments analgésiques questionne la qualité des soins apportés au patient et l'adéquation par rapport aux procédures de prise en charge.

Malgré cela, seules trois occurrences d'effets secondaires ont été retrouvées dans la série de patients soit 2 % des procédures.

CONCLUSION

Les pathologies sources de douleur induite constituent le réservoir principal des procédures de sédation réalisées en salle d'urgence, à une fréquence de 20 par mois. Il existe des différences significatives ($p < 0.05$) entre les cinq groupes de pathologies analysées et l'utilisation d'une sédation procédurale.

Une approche alternative aux procédures de sédation potentiellement dangereuse doit toujours être prise en considération et être l'objet de futures recherches cliniques. L'usage insuffisant de la morphine et l'usage disparate des procédures écrites requiert une amélioration des pratiques.

Retrospective epidemiological study on the management of induced pain in the emergency department

Induced pain is defined as short-lasting pain caused by the practitioner in predictable circumstances, potentially prevented by appropriate analgesia or sedation. Current literature regarding its optimal management is scarce. Our study sought to assess the reality of induced pain in emergency medicine.

MATERIAL AND METHODS

We retrospectively analyzed the medical records of patients who attended our university emergency department in order to undergo one of the five following most frequent pain-inducing procedures: fracture reduction, dislocation reduction, abscess draining, thoracic drain placement, and external electrical cardioversion (EEC). Wound sutures and locoregional anesthesia were not considered. Physicians could refer to local protocols for both the abovementioned procedures and sedation. The frequency of events occurring in the five procedure groups was compared by means of a Chi-squared test.

RESULTS

In our study, 137 consecutive medical records were analyzed over a 3-month period (0.8 % of 17,000 admissions), corresponding to 1.5 induced-pain cases per day. The mean patient age was 47 years. Records concerned 48 abscess drains, 44 dislocation reductions, 30 fracture reductions, 12 thoracic drain placements, and 3 EECs. In total, 58 intravenous procedural sedations (42 %) were performed, involving 100% of EECs, 70 % of fracture reductions, 69 % of thoracic drain placements, 52 % of dislocation reductions, and 4 % of abscess draining procedures. The use of analgesia proved highly variable. Among the 79 patients who did not receive procedural sedation, 27 (34 %) were

given intravenous analgesia, 13 (16 %) nitrous oxide and oxygen, 21 (26 %) oral analgesic medication, and 21 (26 %) no medical analgesia at all. Only four patients (3 %) were administered intravenous morphine.

The probability for two random patients to receive exactly the same procedural sedation for a given pathology was 68.2 % for thoracic drain placements, 53.7 % for abscess drains, 15.9 % for dislocation reductions, and 3.4 % for fracture reductions. Although more serious conditions were treated with supplementary care, this variability in sedative and analgesic practices challenges both the quality of care and suitability of management procedures. However, only three adverse events occurred in the study population, representing 2 % of the procedures.

CONCLUSION

Conditions associated with induced pain represent the primary reasons for procedural sedation in the emergency room, accounting for 20 sedations per month. Significant differences ($p < 0.05$) were observed between the five analyzed procedure groups, as well as in the use of sedation.

For a same condition, analgesic and sedative support may range from intravenous sedation to the absence of any medication at all. Abscess drains and dislocation reductions illustrate this analgesia/sedation variability. This observation suggests that alternative approaches for potentially dangerous procedural sedations should be considered while being subject to clinical research. Regarding the insufficient use of morphine and heterogeneous implementation of local written procedures, practice improvements appear mandatory.

AFFILIATIONS

¹ Cliniques universitaires Saint-Luc, Service des Urgences, département de médecine aiguë, avenue Hippocrate 10, B-1200 Bruxelles