

Le médecin généraliste et la douleur

Lettre trimestrielle éditée par **l'Institut UPSA de la Douleur**

Douleurs en urgence et en ville

Édito

La peur de masquer un signe clinique utile pouvant aider au diagnostic étiologique a longtemps été un frein au soulagement des douleurs "en urgence". Des publications récentes n'observent pas de différence, en ce qui concerne la précision diagnostique, avant et après la prescription d'un antalgique opiacé dans les douleurs aiguës, notamment abdominales.

La pratique de l'urgence fait de mieux en mieux admettre l'intérêt d'un traitement symptomatique à un stade où le diagnostic n'est pas encore totalement établi. Outre les motifs éthiques, le but est aussi de faciliter les investigations très délicates voire impossibles chez un malade hyperalgique, non disponible à l'interrogatoire et agité lors des examens complémentaires. La publication récente de recommandations sur la prise en charge de la colique néphrétique offre une opportunité de réexaminer la prise en charge des douleurs en urgence, tout en s'interrogeant sur leur adaptation à la médecine de ville.

Dans cette prise en charge, le maniement des antalgiques a ici un rôle irremplaçable. L'échelle dite de l'OMS avec ses trois paliers est devenue classique. Profitons de l'occasion pour signaler qu'elle véhicule une approche séquentielle (prescription par paliers successifs) qui n'est pas appropriée à l'urgence qui relève d'une approche stratifiée (une douleur intense relève d'un antalgique fort) d'emblée. La médecine ne doit pas pour autant méconnaître l'appréciation de la composante anxieuse qui conduit à des attitudes indispensables complémentaires, y comprise dans l'urgence : climat de confiance, réassurance, explications, reconnaissance de la plainte...

Lors des prises de décision, le médecin devra également apprécier le besoin d'urgence pour le soulagement, ce qui l'aidera à choisir la voie injectable plutôt que la voie orale. Fort heureusement dans de nombreux cas une prise orale, qui sera active en une heure, peut être acceptable y compris pour les opioïdes forts disponibles actuellement.

Dans tous les cas, si le patient doit être dirigé, les possibles inconvénients d'un masquage d'un symptôme par une prise en charge précoce de la douleur seront limités si l'on note minutieusement et l'on transmet les constatations cliniques avant traitement, l'horaire et le type de traitement effectué.

Dr François BOUREAU

Dossier

Colique néphrétique

Application des consensus en médecine de ville

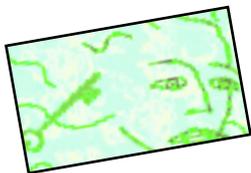
Dr Francis Diez (Paris)

La colique néphrétique est une urgence très fréquente en médecine générale. L'intensité de la douleur est souvent telle que dans la plupart des cas la prise en charge au domicile, dans des délais courts, est préférée par les patients à un envoi vers un service d'urgence hospitalier.

En 1999, la Société Francophone d'Urgences Médicales (SFUM) a publié une conférence de consensus sur la "Prise en charge des coliques néphrétiques

de l'adulte dans les services d'accueil et d'urgences"⁽¹⁾. Il est intéressant d'analyser ces recommandations et de les confronter à la pratique des médecins

généralistes, car le texte ne traite pas directement de la situation au domicile. Nous limiterons notre analyse au traitement antalgique proprement dit.



Le médecin généraliste et la douleur

La prise en charge initiale est celle de la douleur.

La douleur est le problème initial de la colique néphrétique. Le traitement antalgique doit être précoce et rapidement efficace^(3, 4, 5, 7).

Comme pour de nombreuses situations de gestion de la douleur en urgence, la certitude diagnostique n'est pas nécessaire pour entreprendre un traitement symptomatique antalgique. En revanche, le besoin de confirmation diagnostique joue un rôle important dans la décision d'adresser le patient à un service d'urgence hospitalier. L'emploi des bandelettes réactives recherchant la présence d'une hématurie microscopique (ou d'une pyurie) est un outil indispensable en médecine de ville.

Les recommandations de la conférence de consensus⁽¹⁾

- Privilégier la voie veineuse
- En l'absence de contre-indication, utiliser un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS).
- Utiliser un antalgique morphinique en association avec l'AINS en cas de douleur majeure d'emblée.
- En cas de colique néphrétique résistante à l'association ci-dessus, vérifier les doses utilisées avant de la qualifier d'hyperalgique.
- En cas de contre-indications aux AINS et de douleur intense, utiliser d'emblée un antalgique morphinique.
- La prescription en première intention d'un morphinique est possible (la surveillance du patient s'impose alors en fonction de la demi-vie du produit.)
- Il est possible d'utiliser un antalgique non morphinique (propacétamol par voie IV) en association avec l'AINS en cas de douleur faible à modérée d'emblée.

Comment adapter ces recommandations à la pratique de ville ?

Le praticien de ville note immédiatement que ces recommandations sont difficiles à adapter pour le médecin de ville :

- Aucun AINS n'est disponible en ville sous forme IV. Le délai d'action de la voie IM de ces produits est trop long pour une douleur intense.
- Le recours à un morphinique paraît nécessairement lié à une possibilité de

surveillance du patient pendant sa durée d'action. On retrouve ici la peur de la dépression respiratoire qui dissuade de son utilisation au domicile.

- Le propacétamol reste disponible mais il peut difficilement prendre en charge les douleurs intenses.

1. AINS⁽⁶⁾

Aucune forme par voie intra veineuse n'est disponible en ville. La seule qui existe est le Ketoprofène IV mais il est réservé à l'usage hospitalier. Son AMM limite son utilisation à la douleur post-opératoire. Le texte de consensus reconnaît l'absence d'AMM de ce produit dans la colique néphrétique mais le recommande avec une notion de consensus professionnel fort.

L'expérience des urgentistes libéraux va dans le même sens que le texte de consensus.

C'est le traitement de référence en première intention. Les contre-indications des AINS sont bien connues, leur utilisation doit être mûrement réfléchie chez les patients asthmatiques ou ayant un terrain allergique. Malheureusement, la forme disponible en ville est strictement réservée à la voie intra-musculaire. Le diclofenac (Voltarène®) est le seul de sa classe disposant d'une AMM dans la colique néphrétique.

La voie intra-musculaire pour une douleur intense n'est pas adaptée du fait du délai d'efficacité qui est de l'ordre de 45mn à 1 heure.

2. Morphiniques

Le grand intérêt de la conférence de consensus est d'être précis sur le fait que la morphine peut tout à fait être utilisée en première intention quand la douleur le justifie. L'impossibilité d'utiliser les AINS pendant une bonne partie de la

grossesse en font le traitement de choix de la colique néphrétique de la femme enceinte.

La conférence n'aborde pas clairement l'utilisation des morphiniques à domicile. Leurs règles d'utilisation sont les mêmes qu'en milieu hospitalier, quelles que soient les pathologies douloureuses aiguës. Rappelons les réticences non fondées concernant les morphiniques dans la lithiase urinaire, un supposé effet spasmogène, ne pose aucun problème en clinique.

3. Propacétamol⁽⁹⁾

Très utilisé en milieu hospitalier, il est indiqué dans les douleurs modérées. En ville, le dosage disponible est de 1 g au lieu de 2 g pour la forme hospitalière. La dose recommandée est pourtant de 2 g de propacétamol qui correspond à 1 g de paracétamol. Son utilisation en perfusion courte et celle de sets de transfert est un frein à son emploi en pratique libérale.

Quelles alternatives envisager ?

En dehors des molécules recommandées, quelles alternatives peut-on envisager ?

- Antispasmodiques simples (Spasfon®, Visceralgine®)

Bien qu'ils soient régulièrement cités dans les publications, leur efficacité est trop variable pour qu'ils soient couramment employés dans une pathologie dont la douleur est aussi intense. Leur seul avantage est d'être utilisable chez la femme enceinte.

- Noramidopyrine

Cet antalgique n'est pas cité dans la conférence de consensus. Cela est très probablement lié au risque d'agranulocytose. Signalons que cet effet indésirable, très connu, est en fait mal documenté

Trousse d'urgence dans la colique néphrétique

Produits à visée antalgique utilisables en première intention et disponibles en ville

Produit	Voie d'administration	Dose	
Prodafalgan® (1 g)	Voie IV (sur 20')	2 g	
Acupan® (20 mg)	Voie IM	20 mg	
Voltarène® (75 mg)	Voie IM	75 mg	
Profenid® (100 mg)	Voie IM	100 mg	Hors AMM
Feldène® (20 mg)	Voie IM	20 mg	Hors AMM
Chlorhydrate de morphine (10 mg)	Voie SC	10 mg	
	Voie IV	2 mg/5' (jusqu'à sédation)	

dans la littérature internationale. Les rares articles comparant les risques de la noramidopyrine et des AINS indiquent plutôt la sous-évaluation du risque iatrogène des AINS. L'expérience des urgentistes libéraux depuis trente ans est marquée par la survenue de chocs anaphylactiques avec la noramidopyrine relativement fréquents. Il existe d'autre part des risques d'allergie croisée avec l'aspirine et les AINS.

Pour ces raisons, il est impossible actuellement en France de conseiller ce produit en première intention.

• **Néfopam (Acupan®)** (8)

Cette molécule n'est pas citée non plus dans la conférence de consensus. Il s'agit d'un antalgique central, non morphinique, disponible uniquement par voie injectable. L'injection en intraveineux direct expose à des effets secondaires gênants (vomissements). En IM, le délai d'action est de 10 à 15', ce qui correspond aux données pharmacocinétiques.

Les données actuellement disponibles lui donnent une activité analgésique équivalente à 6 à 10 mg de morphine. Si on se refuse à utiliser les AINS IV et la morphine en première intention, c'est une alternative à la noramidopyrine. Le peu de contre-indications de ce produit (principalement les antécédents de comitialité) le rendent très maniable.

Administration de la morphine au domicile^(1,2,4)

Les méthodes de titration décrites dans l'article de consensus sont classiques. L'expérience du praticien prend là aussi son importance. La dose de départ en IV proposée est de 0,1 mg/kg. Elle est couramment proposée par d'autres auteurs. L'efficacité maximale est obtenue en 10 minutes. Cette dose initiale nous paraît un peu élevée en ambulatoire. Une autre méthode de titration habituellement utilisée est de 2 à 3 mg toutes les 10' jusqu'à sédation de la douleur. Celle ci nous paraît présenter un ratio sécurité/efficacité plus adapté à l'exercice de ville.

L'avantage de la titration IV est dans la précocité de survenue d'un éventuel surdosage qui survient ainsi en présence du médecin. Le premier signe en étant la somnolence. La prise en charge d'un surdosage est facile. Elle nécessite avant tout la stimulation du

patient. L'utilisation de naloxone à dose suffisante pour obtenir une fréquence respiratoire supérieure à 12 doit être suivie d'une surveillance hospitalière car la durée d'efficacité du produit est de l'ordre de 1h (4h pour la morphine).

La présence de la naloxone dans la trousse d'urgence est bien sûr une condition impérative pour l'utilisation de morphiniques dans la douleur aiguë.

La migration spontanée du calcul est possible à tout moment, il ne paraît pas raisonnable de se passer de surveillance hospitalière si la titration amène à une dose supérieure à 0.15 mg/kg. La douleur n'étant plus là pour contrebalancer l'effet dépresseur respiratoire de la morphine.

La voie sous-cutanée est certainement celle qui rencontre le moins de réticences de la part des généralistes. Cependant, la résorption par cette voie est très aléatoire et sujette à des variations inter-individuelles importantes. Le début d'efficacité est de l'ordre de 15'. Le pic plasmatique peut être atteint en 1h, ce qui pose le problème de la survenue d'un surdosage après le départ du médecin. Pour cette raison, il n'est pas recommandé de dépasser la dose initiale de 10 mg et de ne pas réinjecter une autre dose dans un délai inférieur à 4 heures.

L'utilisation des morphiniques dans une colique néphrétique en ville implique une bonne certitude diagnostique. Bien qu'il existe un texte de consensus préconisant la prise en charge de la douleur abdominale en pré-hospitalier, y compris par les morphiniques, même sans certitude diagnostique, toutes les équipes hospitalières ne partagent pas ces principes qui impliquent des protocoles de prise en charge et de surveillance à l'arrivée aux urgences très stricts et forcément dépendants des moyens humains dont dispose le service concerné.

En cas d'hospitalisation, notamment en particulier pour doute diagnostique, il est donc important d'utiliser les antalgiques en connaissant les habitudes des équipes destinées à recevoir le patient. Il est toujours souhaitable de transmettre les traitements réalisés en pré-hospitalier en précisant l'heure, la dose

et l'efficacité. Il est souhaitable de compléter la lettre d'admission par un accord téléphonique avec le médecin des urgences.

Le chlorhydrate de morphine reste l'antalgique morphinique de référence pour gérer la douleur intense en urgence. N'oublions pas qu'il peut également s'administrer per os.

Conclusion

La douleur de la colique néphrétique est un modèle de douleur aiguë dont la prise en charge incombe le plus souvent au médecin de ville. L'incitation à l'utilisation des morphiniques est clairement exprimée dans les recommandations disponibles.

Malheureusement, elles ne documentent pas suffisamment sur leur manie- ment au domicile, cadre d'exercice différent du milieu hospitalier, et ce dossier est une première proposition dans ce sens.

Pour en savoir plus :

- 1) 8^{me} Conférence de consensus de la Société Francophone d'Urgences Médicales (Marseille, 23 avril 1999) : *Prise en charge des coliques néphrétiques de l'adulte dans les services d'accueil et d'urgences.*
- 2) Ducassé J.L., Fuzier R. *La prise en charge de la douleur aiguë dans les services d'urgences en 1998. Act Réanimation et Urgences. Elsevier 1999. P.255-270.*
- 3) Brasseur L., Chauvin M., Guilbaud G. *Douleurs : Bases fondamentales, pharmacologie, douleurs aiguës, douleurs chroniques, thérapeutiques. Maloine 1997.*
- 4) Quinot J.F. *Analgésie en urgence chez l'adulte. Encycl méd-chir. Urgences 1997.*
- 5) Wall P.D., Melzack R. *Textbook of pain. Churchill Livingstone 1994.*
- 6) Andrade E., Martinez C., Walker A.M. *Comparative safety evaluation of non narcotic analgesics. J. Clin. Epidemiol., 1998, 51, 1357-1365.*
- 7) Brasseur L. *Traitement de la douleur. Doin. 1997*
- 8) Pillans P., Woods D. *Adverse reactions associated with Nefopam. N. Z. Med. J., 1995, 22, 108, 382-384.*
- 9) Guirimand F., Tajfel P., Diez F. *La prescription et l'utilisation des analgésiques injectables en médecine ambulatoires. Entretiens de Bichat. Thérapeutique. 1999.*

Dr Francine Hirszowski

Association IRS-tramadol : attention !

(Prescrire, juillet 2000)

Il a été décrit deux observations évocatrices de syndrome sérotoninergique (agressivité, tremblements, sueurs, confusion, troubles tensionnels) chez des patients âgés de 80 ans prenant en même temps IRS (paroxétine, fluoxétine) et tramadol. Cette bi-prescription est donc à éviter actuellement dans le contexte de la personne âgée. Le Vidal demande également une grande prudence dans l'association IRS-tramadol.

Prise en charge de la lombalgie aiguë

(selon l'ANAES, février 2000)

La poursuite des activités ordinaires compatibles avec la douleur est souhaitable. Le repos n'est plus conseillé, sauf pendant la phase hyperalgique. La poursuite des activités professionnelles peut se faire au mieux avec l'avis du médecin du travail.

Les traitements indiqués sont les antalgiques, les AINS et les myorelaxants. La corticothérapie, l'acupuncture, la kinésithérapie, les infiltrations périurales n'ont pas fait la preuve de leur efficacité.

Contre indications des triptans

(Prescrire, septembre 2000)

Les nouvelles contre indications des triptans (antimigraineux) sont liées au risque de crises hypertensives et de vasoconstrictions artérielles coronaires par addition d'effets indésirables. Ainsi, il ne faut pas associer les triptans avec les dérivés de l'ergot de seigle (ergotamine dans Gynergène caféine® ; Migwell®), dihydroergotamine (Hydergine® et autres). La methysergide (Desernil®) s'ajoute à la liste des dérivés vasoconstricteurs de l'ergot de seigle.

Ordonnances sécurisées

Il n'y aura pas de généralisation des ordonnances sécurisées avant deux ans en France.

Par voie de communiqué, le Secrétariat d'État à la Santé vient de faire savoir que le gouvernement a décidé de reporter l'obligation, pour les médecins, d'utiliser des ordonnances sécurisées pour l'ensemble des prescriptions médicamenteuses. Néanmoins, le secrétariat estime que "faciliter la prescription des médicaments contre la douleur reste un objectif important de santé publique".

EMLA et escarres

Nouvelle indication de la crème EMLA pour l'anesthésie locale des ulcères de jambe exigeant une détersion mécanique longue et douloureuse.

Modalités pratiques d'utilisation : 1 à 2 g pour 10 cm² (10 g maximum par application), et après 30' d'attente sous un pansement hermétique, pratiquer immédiatement la détersion mécanique de l'ulcère. Limiter à 8 applications maximum pour un épisode ulcéreux. Rappel : les tubes d'EMLA en ville sont de 5 g.

Neurostimulation transcutanée

Cette technique simple qui consiste en un appareil miniaturisé et deux électrodes à appliquer de part et d'autre de la région douloureuse envoyant des ondes de fréquence élevée et d'intensité basse, est désormais remboursée en ville à condition d'une primo prescription à l'hôpital.

Directeur de la Publication

Dr Jacques Wrobel

Responsable de la Rédaction

Dr Francine Hirszowski

Comité de Rédaction

Pr J.M. Besson, Dr D. Annequin,

Dr E. Boccard, Dr F. Boureau,

Dr A. Cloarec, Pr A. Eschallier,

Pr B. Laurent, Pr Y. Lazorthes,

Dr N. Memran, Dr J. Meynadier,

Dr M. Salamagne, Dr A. Serrie,

Conception-réalisation

A CONSEIL Paris - Tél. : 01 42 40 23 00

N° ISSN : en cours -

Dépôt légal : 1^{er} trim. 2001

Institut UPSA de la Douleur

Association loi 1901 à but non lucratif,

La Grande Arche Nord

92044 Paris la Défense Cedex.

Tél. : 01 47 16 89 94

Fax : 01 47 16 89 01

E-mail : institut.upsa@bms.com

INSTITUT UPSA
DE LA DOULEUR



Congrès

- 10 mars 2001, Paris, Palais des Congrès, Forum de la Douleur, Tél : 01 55 17 22 22 - Fax : 01 55 17 22 23 - Email : ptmm@club-internet.fr
- 22-23 mars 2001, Tours, Palais des Congrès Vinci, Congrès du G.R.A.S.P.H., "La Démarche Palliative en Hématologie et en Oncologie". Tél : 05 57 97 19 19 - Fax : 05 57 97 19 15 - Email : comm.sante@wanadoo.fr
- 21-23 juin 2001, Paris, Palais des Congrès, 1^{er} Congrès National de la Société d'Etude et de Traitement de la Douleur, "La chronicité douloureuse". Tél : 04 95 09 38 00 - Fax : 04 95 09 38 01 - Email : mcocongres@wanadoo.fr