

**L'Infirmier(e) d'Organisation de l'Accueil (IOA)**

- 1- Reconnaît la douleur, la localise.
- 2- Recueille les paramètres vitaux : fréquence respiratoire, pouls, pression artérielle systolique et diastolique bilatérale, SpO2, température. Note ces éléments sur le dossier patient.
- 3- Recherche une urgence vitale (état de choc, pâleur, sueurs...).
- 4- Appelle le médecin et transfère immédiatement le patient en Salle d'Accueil des Urgences Vitales (S.A.U.V.).
- 5- Choisit et applique une méthode d'évaluation de la douleur compatible avec le patient (EVA-EN). Note ces éléments sur le dossier patient.
- 6- Recueille le maximum d'informations, auprès de la famille si présente (anciens ECG, dossiers éventuels, dates d'hospitalisations antérieures...).

Remarque : Attention au risque de confusion avec la douleur thoracique.

**L'Infirmier(e) des Urgences**

1. Sur prescription médicale ou protocole préétabli :
  - Pose une voie veineuse ;
  - Réalise un bilan sanguin, un électrocardiogramme et un bilan pré-opératoire (si orientation chirurgicale) ;
  - Met en route le traitement antalgique après contrôle d'absence d'allergies ou de contre-indications.
2. Rassure le patient et explique les gestes entrepris.
3. Choisit et applique une méthode d'évaluation de la douleur compatible avec le patient (EVA-EN). Note ces éléments sur le dossier patient.
4. Surveille les paramètres cliniques et paracliniques : fréquence respiratoire, pouls, pression artérielle, SpO2, température.
5. Surveille spécifiquement la titration morphinique.
6. Si pose d'une sonde gastrique, explique au patient le geste en insistant sur la fonction antalgique. La pose peut s'effectuer après une anesthésie locale sur prescription médicale.
7. Avertit le service receveur de l'administration de morphine (horaire de la dernière injection)(contact téléphonique souhaitable).

Références bibliographiques

1. Pace S, Burke TF. Intravenous morphine for early pain relief in patients with acute abdominal pain. Acad. Emerg. Med. 1996 ; 3 : 1086-92.
2. Attard AR, Corlett MJ, Kidner NJ, et al. Safety of early pain relief for acute abdominal pain. BMJ 1992 ; 305 : 554-6.
3. Vermeulen B, Morabia A, Unger PF, et al. Acute appendicitis : influence of early pain relief on accuracy of clinical and US findings in the decision to operate - a randomized trial. Radiology 1999 ; 210 : 639-43.
4. McHale PM, LoVecchio F. Narcotic analgesia in the acute abdomen - a review of prospective trials. Eur. J. Emerg. Med. 2001 ; 8 : 131-6.
5. LoVecchio F, Oster N, Sturmman K, et al. The use of analgesics in patients with acute abdominal pain. J. Emerg. Med. 1997 ; 15 : 775-9.
6. Thomas SH, Silen W, Cheema F, et al. Effects of morphine analgesia on diagnostic accuracy in Emergency Department patients with abdominal pain : a prospective, randomized trial. J. Am. Coll. Surg. 2003 ; 196 : 18-31.

COMITÉ SCIENTIFIQUE :

Frédéric Lapostolle - Agnès Ricard-Hibon - Pierre-Yves Gueugniaud - Axel Ellrodt - Bruno Garrigue

GÉNÉRALITÉS

DOULEUR

- Les douleurs abdominales sont de présentations très variées rendant impossible une description de forme typique.
- Les caractéristiques de la douleur abdominale (intensité, localisation, périodicité, signes associés) peuvent orienter vers un diagnostic. Cependant, les douleurs sont le plus souvent non spécifiques, diffuses voire projetées, compliquant la recherche étiologique.

**La douleur abdominale doit être traitée sans délai<sup>6</sup>**

- L'administration d'antalgiques efficaces ne doit pas être retardée sous prétexte que le malade doit être examiné par un chirurgien.
- Les études réalisées n'ont pas retrouvé de difficultés diagnostiques, de complications ou de retard thérapeutique liés à l'administration précoce d'antalgiques lors de douleurs abdominales. Cependant, un examen clinique minutieux et consigné par écrit doit être effectué par le premier médecin qui prend en charge le patient avant l'administration d'antalgiques.

PATIENT

- Les douleurs abdominales peuvent toucher toutes les tranches d'âge.
- Elles sont parfois trompeuses en particulier chez le sujet âgé.

ÉTABLISSEMENT

**SPÉCIFICITÉS DE LA PRISE EN CHARGE**

**DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL**

- Syndrome coronarien aigu
- Pathologie sus-diaphragmatique
- Pathologie métabolique (acidocétose)
- Drépanocytose
- Pathologie génito-urinaire
- Pathologie psychiatrique

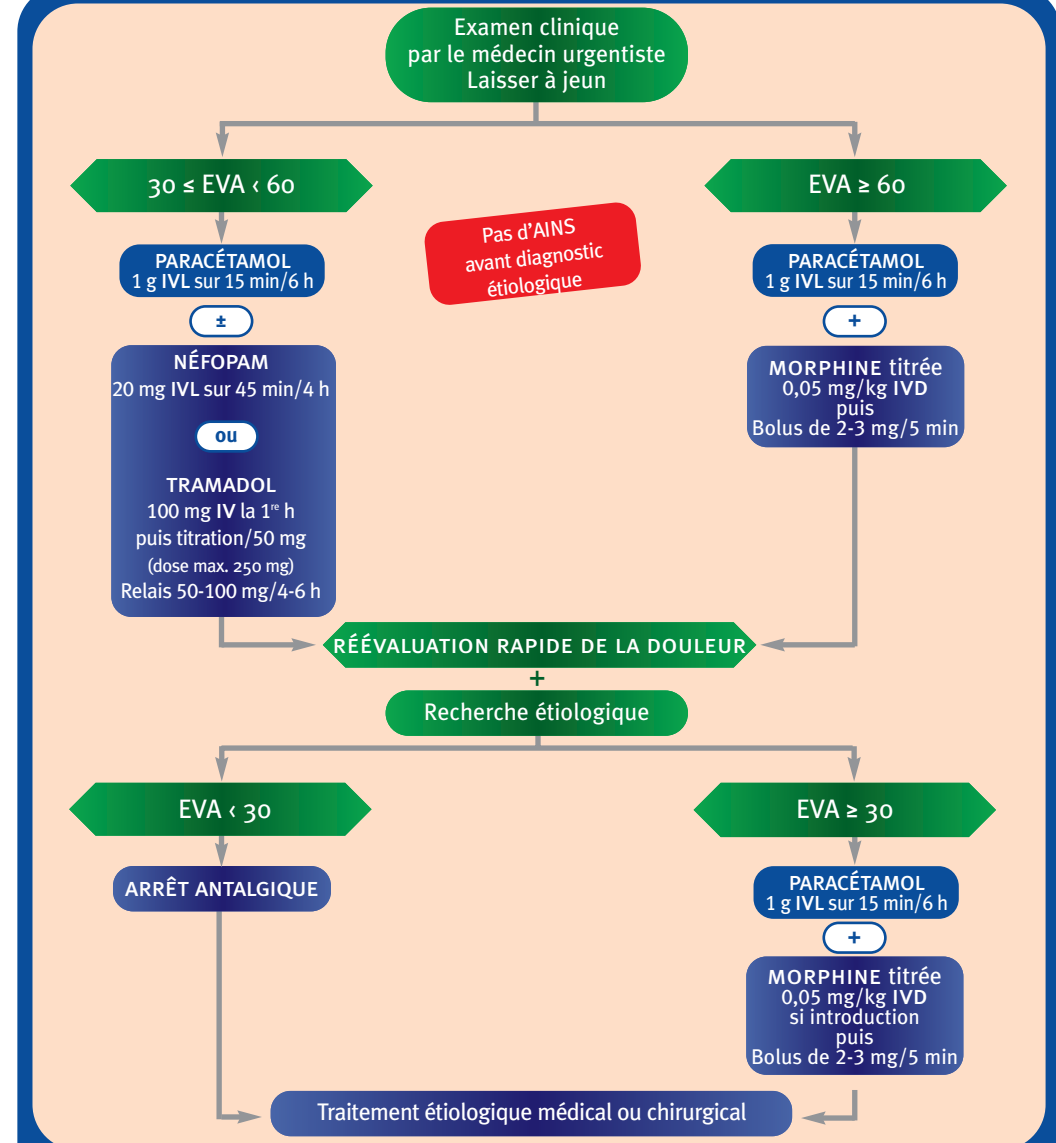
• Toutes les douleurs abdominales qui justifient l'administration de morphiniques imposent une recherche diagnostique sans délai et une surveillance clinique accrue (signes vitaux, palpation de l'abdomen).

• Les AINS sont contre-indiqués en cas de pathologie ulcéreuse, d'insuffisances rénale et hépatique, de déshydratation, d'hypovolémie, d'indication opératoire et chez le sujet âgé.

**DEVENIR DU PATIENT**

- Selon l'orientation étiologique, le patient est :
  - hospitalisé en médecine ou en chirurgie,
  - hospitalisé en réanimation,
  - adressé au bloc opératoire,
  - surveillé 24 h en Zone d'Hospitalisation de Très Courte Durée (ZHTCD),
  - renvoyé à domicile avec un traitement antalgique et étiologique adapté, ainsi qu'avec des consignes de sortie écrites et une prescription d'antalgiques (antalgiques de niveaux 1 ou 2 de l'OMS selon l'étiologie et l'intensité de la douleur prévisible).
- La sortie du patient vers un service de médecine ou de chirurgie ne peut être envisagée que 1 h après la dernière administration de morphine titrée.
- L'aptitude à la rue n'est envisageable que 2 h après la dernière administration de morphine.

**STRATÉGIE D'ANALGÉSIE**



**COMPLÉMENT D'ANALGÉSIE**

- Phloroglucinol : 40 mg/8 h.
- Anti-émétiques en cas de nausées post-morphine .
- Aspiration gastrique.