




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

 www.em-consulte.com



Article original

Le Smur meilleur vecteur pour une analgésie des patients traumatisés à l'arrivée aux urgences

Physician staffed ambulances are better for patient's analgesia on arrival at the emergency department

V. Bounes^{a,*}, F. Concina^a, N. Lecoules^a, M. Olivier^b, D. Lauque^a, J.-L. Ducassé^a

^a Pôle de médecine d'urgences, hôpitaux universitaires de Toulouse, place du Dr-Baylac, 31059 Toulouse cedex 9, France

^b Pôle d'anesthésie-réanimation, hôpitaux universitaires de Toulouse, place du Dr-Baylac, 31059 Toulouse cedex 9, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 4 novembre 2009

Accepté le 8 juin 2010

Disponible sur Internet le 21 août 2010

Mots clés :

Douleur aiguë

Analgésie

Service d'accueil des urgences

Préhospitalier

Smur

Traumatologie

Anxiété

Immobilisations antalgiques

RÉSUMÉ

Objectifs. – Déterminer les facteurs préhospitaliers liés à des scores de douleur bas à l'arrivée aux urgences traumatiques (UT).

Méthodes. – Étude prospective transversale monocentrique de quatre mois incluant des patients à l'arrivée à l'UT. L'infirmier(e) d'accueil et d'orientation était chargé(e) d'évaluer la douleur (échelle numérique [EN]), l'anxiété, recueillait le mode de prise en charge avant arrivée comprenant le vecteur utilisé en préhospitalier (service mobile d'urgence et de réanimation [Smur], sapeurs pompiers, ambulances privées versus véhicule personnel), les immobilisations et les antalgiques utilisés. Des analyses uni- et multivariées ont été réalisées à la recherche des facteurs prédictifs de faible douleur ($EN \leq 3$).

Résultats. – Trois cents quatre patients inclus, âge moyen = 51 ± 25 ans, ratio H/F = 1,8. La douleur moyenne sur dix est de $5,8 \pm 2,9$; 64% des patients présentent une $EN > 3$. L'immobilisation est absente dans un tiers des cas. La prise en charge par le Smur est un facteur prédictif de faible douleur à l'arrivée (rapports de cotes [RC] = 5,8 ; intervalle de confiance à 95 % [IC 95 %] = 1,4–24,16), l'anxiété un facteur péjoratif (RC = 0,53 IC 95 % = 0,38–0,75).

Conclusion. – Notre étude met en évidence le rôle prépondérant du Smur pour l'analgésie des victimes de traumatismes et pose la question d'une anxiolyse préhospitalière.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Objectives. – To find out prehospital factors linked with low pain on arrival into a traumatic emergency unit.

Methods. – A 4-month monocentric prospective study, including patients recruited at their arrival into a traumatic emergency unit. Pain (with a numerical rating scale [NRS]), anxiety, prehospital care including the type of transportation (Physician staffed ambulances Smur, emergency medical technicians or firemen ambulances), immobilization and analgesics used were evaluated. These data were collected on arrival at the hospital by the ED orientation nurse. Uni- and multivariate analysis were performed to identify low pain's predictive factors (e.g. with a $NRS \leq 3$).

Results. – Three hundred and four patients were recruited, mean age = 51 ± 25 , sex ratio = 1,8, mean pain/10 = 5.8 ± 2.9 , 64% with a moderate or severe pain on arrival ($NRS > 3$). For one third of patients, immobilizations hadn't been performed during the prehospital phase. Medical management by Smur is a low pain predictive factor (OR = 5.8; CI 95% = 1.4–24.16), anxiety is a pejorative factor (OR = 0.53 CI 95% = 0.38–0.75).

Conclusion. – Our study highlights the physician staffed ambulances' effectiveness in prehospital trauma victim's management and raises the question of anxiolysis as an adjuvant for traumatic pain management.

© 2010 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords:

Acute pain

Analgesia

Emergency department

Prehospital setting

Trauma

Anxiety

Analgesic fracture splinting

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : bounes.v@chu-toulouse.fr (V. Bounes).

1. Introduction

En situation d'urgence traumatique, la douleur est omniprésente et doit être un des axes prioritaires de la prise en charge [1–3]. Cependant, malgré l'accent mis sur l'analgésie depuis plusieurs années, les situations d'oligoanalgésie sont fréquemment rencontrées [4,5]. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette mise au second plan de la douleur [6,7] : âge et sexe du patient, non-évaluation de l'intensité de la douleur initiale, prise en charge d'une détresse vitale, multiplicité des personnels de secours, de leur formation et des moyens mis à leur disposition, difficulté logistique de prise en charge... Ces facteurs, s'ils peuvent permettre d'expliquer les situations d'oligoanalgésie, ne peuvent en aucun cas les justifier. À notre connaissance, aucun travail ne s'est intéressé à la douleur à l'arrivée aux urgences en fonction de la prise en charge préhospitalière et notamment en fonction du vecteur préhospitalier. L'objectif de ce travail était donc d'évaluer les modalités de la prise en charge préhospitalière de la douleur et d'identifier les facteurs associés à l'analgésie à l'accueil des urgences traumatiques, au moyen d'une étude prospective réalisée lors de l'admission de patients traumatisés sans détresse vitale.

2. Patients et méthodes

Afin d'identifier les facteurs d'analgésie à l'arrivée aux urgences, nous avons mené une étude transversale prospective monocentrique dans le service d'accueil des urgences traumatiques d'un CHU. Le recueil des données a été réalisé au moyen d'un questionnaire d'une page (rempli par l'infirmier(e) organisateur(-trice) de l'accueil [IOA]) dès l'admission des patients et cela pour tout patient majeur traumatisé orienté vers cette unité. Ce questionnaire a été réalisé par un panel d'experts en collaboration avec des IDE occupant les fonctions d'IOA afin de minimiser son impact sur le délai d'orientation. L'ensemble des infirmier(e)s assurant la fonction d'IOA a été formé au remplissage du questionnaire au cours de deux réunions d'information, afin d'assurer l'homogénéité du remplissage. Précisons aussi que les IOA sont indépendants du Smur. Tous les patients traumatisés sans détresse vitale orientés vers le service d'accueil des urgences traumatiques étaient inclus. Sur la période d'inclusion, le recueil a été réalisé en continu (garde et week-ends inclus), lorsque la charge de travail de l'IOA le permettait. Les patients mineurs, ceux atteints d'une pathologie psychiatrique ou neurologique rendant impossible une bonne compréhension des items à renseigner et ceux présentant des lésions mettant en jeu leur pronostic vital étaient exclus. Chaque patient en accord avec les recommandations de la Commission nationale informatique et libertés (CNIL) recevait une information sur l'étude et pouvait s'opposer à l'exploitation des données recueillies.

Les items renseignés à l'accueil étaient :

- l'âge et le sexe du patient ;
- ses modalités d'arrivée aux urgences (propres moyens, véhicule des sapeurs pompiers non médicalisé, ambulance privée, transport médicalisé du Smur) ;

- la mesure de l'intensité douloureuse par échelle numérique (EN), en demandant au patient de coter sa douleur de 0 (pas de douleur) à 10 (douleur maximale imaginable) [8,9] ;
- la mesure de l'anxiété réalisée à l'aide de l'échelle des visages anxieux, en demandant au patient d'évaluer son niveau d'anxiété à l'aide d'une réglette présentant cinq visages exprimant un niveau croissant d'anxiété. Cette échelle, validée dans le contexte des soins intensifs, de la pédiatrie et des soins dentaires [10], permet une évaluation rapide du niveau d'anxiété des patients. Elle est bien corrélée à des échelles d'anxiété plus complexes [11] et est présentée en Fig. 1 ;
- la localisation anatomique du ou des traumatismes ;
- le type d'immobilisation mise en place en préhospitalier ;
- le traitement antalgique médicamenteux reçu avant l'arrivée à l'hôpital.

Les patients étaient considérés analgésiés s'ils exprimaient un score de douleur à l'arrivée égal ou inférieur à 3/10, comme recommandé par les experts et sociétés savantes [1–3].

3. Nombre de patients nécessaires

L'effectif à inclure dans l'échantillon destiné à construire le score a été calculé sur la base de la régression logistique qui a identifié les items prédictifs d'analgésie. Un nombre minimal de dix événements par variable indépendante présente dans le modèle final a été recommandé par plusieurs auteurs pour obtenir une validité statistique acceptable [12,13]. La construction d'un modèle contenant dix variables prédictives a donc exigé l'inclusion de 100 patients analgésiés. D'après les données dont nous disposons [14], un tiers environ des patients qui se présentent à l'accueil des urgences pour un motif traumatique sont analgésiés. Pour obtenir ces 100 patients analgésiés, 300 patients devaient être inclus.

4. Analyse statistique

Les variables ont été définies comme normales sur la base d'un test de Skewness-Kurtosis. Les résultats des statistiques descriptives sont rapportés en valeur absolue et pourcentage pour les valeurs catégorielles, en moyenne avec déviations standards et médianes avec écarts interquartiles. Des analyses uni- et multivariées ont été exécutées pour identifier des facteurs prédictifs d'analgésie à l'arrivée aux urgences (définie par des scores douloureux inférieurs ou égaux à 3 sur 10). Les variables avec une valeur de p de moins de 0,2 dans l'analyse univariée ont été incluses dans une régression logistique multivariée, pas à pas descendante. Le sexe et l'âge ont été forcés dans le modèle. Les rapports de cotes (RC) ont été rapportés avec un intervalle de confiance à 95 % (IC 95 %). Un rapport de cote supérieur à 1 correspond à un facteur prédictif positif, un rapport de cote inférieur à 1 à un facteur prédictif négatif. Le seuil de signification des tests statistiques a été fixé inférieur à 0,05. Le logiciel utilisé pour l'analyse statistique était le logiciel SAS version 9.1 (SAS institute, North Carolina, États-Unis).



Fig. 1. Échelle des visages anxieux.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2746489>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2746489>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)