

# **PRISE EN CHARGE DU PATIENT AGITE AUX URGENCES**

**K.Chaoui**



# *Actualisation des conférences de consensus*

**Intoxication éthylique aigue  
aux urgences**

**Crise convulsive aux urgences**

**Agitation aux urgences**

Commission de veille scientifique: C.Le Gall, JM.Philippe, S.Charpentier,  
V.Raphaël, C.Perrier, C.Sureau, J.Couvreur, A.Trinh-Duc, M.Christiano,  
F.Charpentier, O.Fougeras, S.Stempfle

# Agitation aux urgences



- Définitions
- Examen
  - clinique
  - biologie
- Traitement
  - relationnel
  - contention
  - médicaments

# Définitions

## Perturbation des comportements

- Moteur
- Psychique
- Relationnel
  
- Par excès
- Inadaptée

**Conférence de consensus SFMU décembre 2002**

*JEUR 2003;16:137-58*

# Examen: risque de passage à l'acte auto/hétéroagressif

- ATCDTS de comportements violents
- Ports d'armes
- Facteurs sociaux, toxicomanie
- Sexe masculin
- Jeunesse
- Refus de s'asseoir, changements brutaux d'activité
- Gestes de menace ou de défense, insultes
- Modifications vocales
- Tension musculaire

# Examen de l'agité



- Réalisable qu'après contention et sédation
- Systématiques (Consensus 2002): glycémie capillaire et SpO2
- Si affection psychiatrique connue et clinique normale: prise en charge psychiatrique
- Examens complémentaires si:
  - Pas d'antécédents psychiatriques
  - Etat inaugural
  - Examen clinique anormal
  - Agitation incontrôlable

# Traitement (1): relationnel

- En première intention dans tous les cas
- Objectifs:
  - prévenir l'escalade
  - établir un lien de confiance pour traiter
- 1 référent médical dans une équipe pluridisciplinaire
- Échec:
  - Changer d'interlocuteur
  - Contentions

# Traitement (2): contention



- Prescription médicale
- Limitée dans le temps
- Consentement entourage si présent
- Pas d'HDT requise: assistance à personne en danger
- Indications: auto et hétéroprotections, ↓ stimulations
- contre-indications: insuffisance cardiaque, sepsis, hypothermie, trouble métabolique, traumatologie, neurologique
- Associée à sédation

**FICHE DE TRACABILITE ET DE SURVEILLANCE DE LA CONTENTION**

Identité du patient

Infirmier(ière) :

Médecin :

**Début de la contention**

Date et heure :

Diagnostic :

Indication de la contention :

Objectif(s) :

Type de contention :  MSD  MSG  MID  MIG  
 C. ventrale

Contention manuelle préalable  oui  non heure(s) :

Présence d'agent de sécurité  oui  non heure(s) :

Type de médication : heure(s) :

Information au patient  oui  non heure(s) :

Information à la famille  
Ou au représentant légal  oui  non heure(s) :

Examen médical  oui  non heure(s) :

Signatures : infirmier(ière) :

médecin :

**Déroulement de la contention :**

Surveillance prescription : paramètres vitaux  15 mn  30 mn  autre

Fréquence				
Signes Vitaux				
Glasgow				
Pouls				
TA				
Température				
Saturation				
Glycémie				

# Traitement (3): médicaments

- Aucune étude comparative sauf psychiatrie  
Conférence de consensus, *JEUR 2003;16:137-58*
- Neuroleptiques (NL)/benzodiazépines (BZD)

# Dropéridol (DROLEPTAN®)

- Recommandé par le consensus de 1992 pour l'intoxication éthylique aiguë
- Mais 1997: risque ↑Q-T et limitation utilisation (PCA)
- Non recommandé en 2006

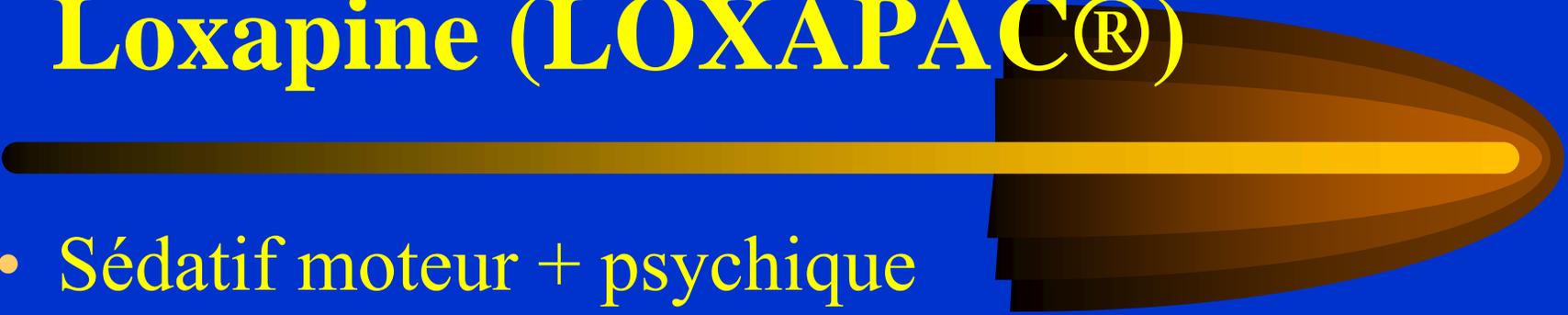
# Halopéridol (HALDOL®)

- incisif/délire >>> sédatif
- AMM: traitement courte durée des agitations aiguës
- Injectable: ampoule 5 mg/mL, 1-4 ampoules/j
- Orale: suspension 2 mg/mL, 1-20 mg/j
- Délai IM: 60-90 mn
- Demi-vie: 20h
- Seul NL sans action anticholinergique

# Cyamémazine (TERCIAN®)

- incisif/délire = sédatif
- AMM: psychose aiguë/chronique, échec des BZD dans l'angoisse
- Injectable: ampoule 10 mg/mL, 25-200 mg/j
- Orale: suspension 40 mg/mL, 50-600 mg/j
- Délai IM: 60-90 mn
- Demi-vie: 10h
- AFSAPPS 2003: risque ↑Q-T
- Non recommandé en 2006

# Loxapine (LOXAPAC®)



- Sédatif moteur + psychique
- AMM: agitations aiguës
- Injectable: ampoule 25 mg/mL
- Orale: comprimés 25, 50 et 100 mg
- Délai IM: 15-60 mn
- Demi-vie: 8h
- IM: 50-300 mg/j en 2-3 injections

# Loxapine (LOXAPAC®)

- utilisation large en France sans effets secondaires graves rapportés (67 sédations: 2 dyskinésies, 9 hypotensions)

*Moritz F, Presse Med 1999;28:1630-4*

*Bourdinaud V, JEUR 2002;15: 1827*

- pas  $\uparrow$ Q-T, mais 1 cas de TV et 1 cas de flutter dans intoxication

*Roberge R, Ann Emerg Med 1994;23:586-90*

# Antipsychotiques



- Agitations psychiatriques
- Olanzapine ZYPREXA®
- Rispéridone RISPERDAL®

# Lorazépam (TEMESTA®)



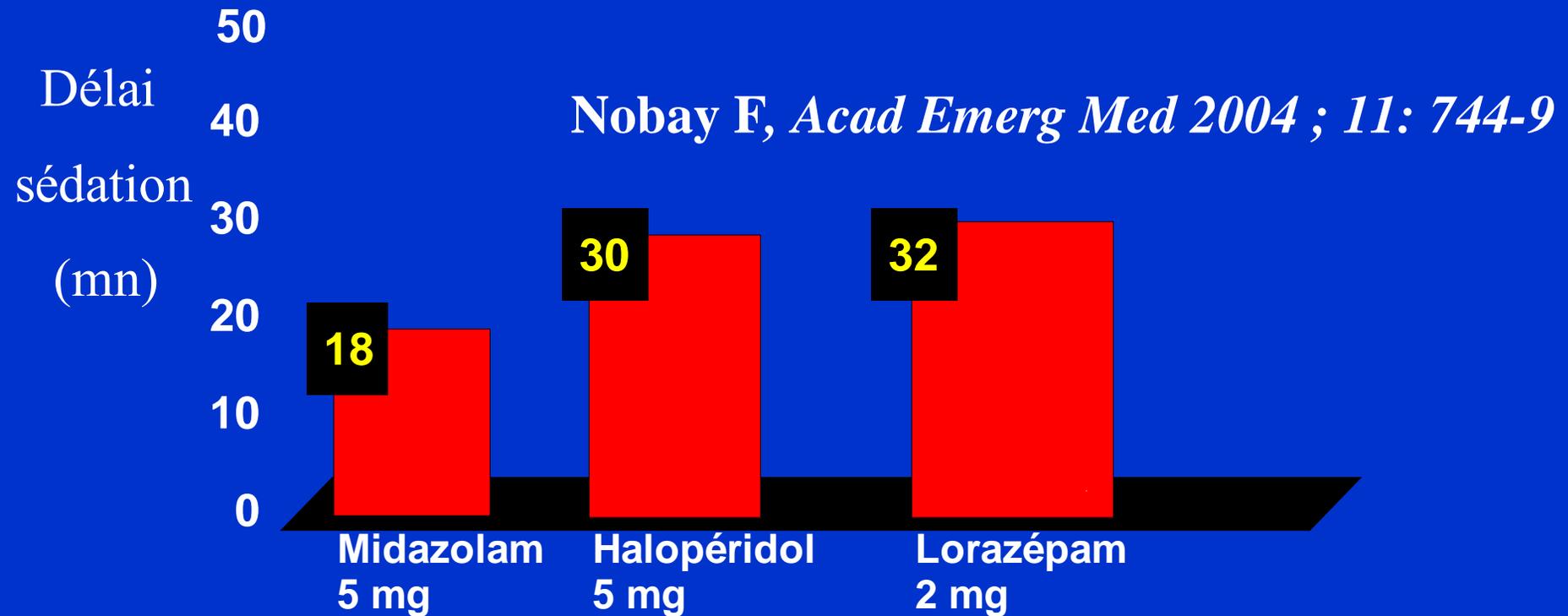
- BZD IV de choix aux USA car:
  - Demi-vie courte 10-20h
  - Métabolites inactifs
- Pas de forme injectable disponible en France

# Midazolam (HYPNOVEL®)



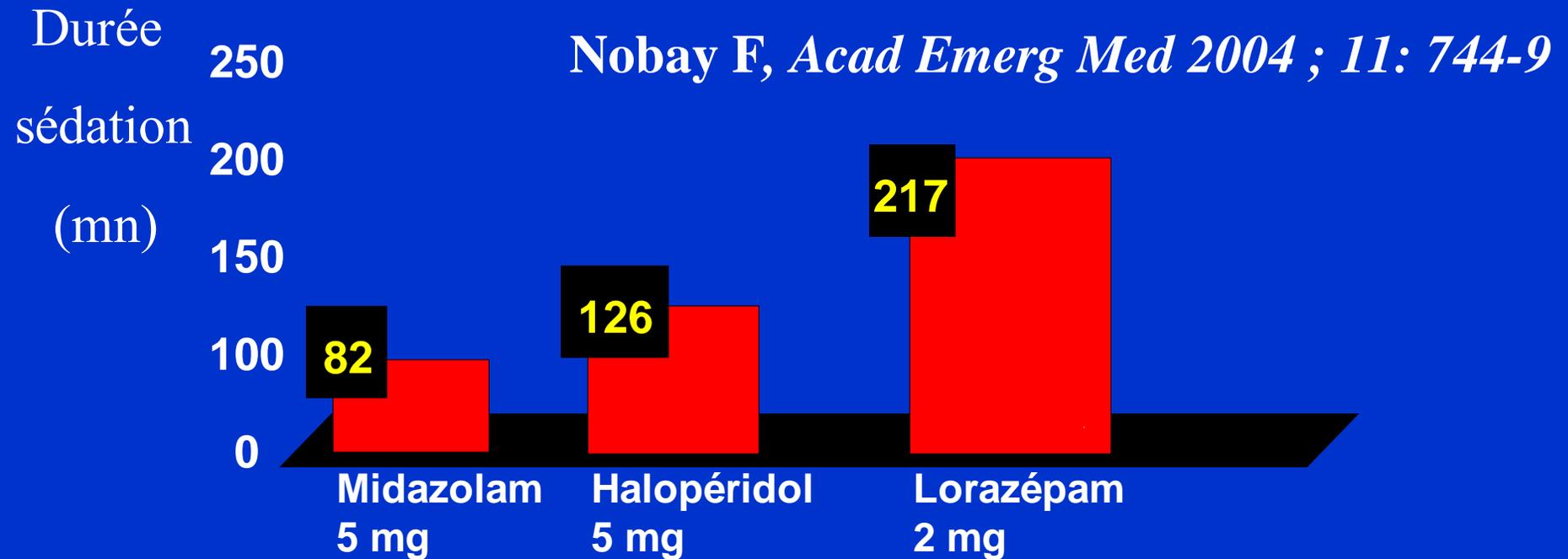
- Sédatif moteur + psychique
- AMM: agitations aiguës
- Injectable: ampoule 25 mg/mL
- Orale: comprimés 25, 50 et 100 mg
- Délai IM: 15-60 mn
- Demi-vie: 2h
- IM: 5-15 mg/j en 2-3 injections
- Intranasal?

# Midazolam vs Halopéridol vs Lorazépam



**Etude prospective, double aveugle, randomisée  
111 patients agités aux urgences**

# Midazolam vs Halopéridol vs Lorazépam



# Clorazepate dipotassique (TRANXENE®)

- Indications: ivresse éthylique (consensus 1992)
- per os: 50-100 mg/ IV: titration 10 mg/mn jusqu'à début de sédation /éviter IM (pic retardé)
- Mais:
  - Reconstitution lente (poudre)
  - pic plasmatique tardif 30-60 mn
  - Demi-vie longue (30-150 h)

# Stratégie dans la sédation

- Consensus: aucune étude comparative sauf psychiatrie
- Privilégier molécules connues
- Patient coopérant: voie orale +++  
Faute de mieux: IM (NL, midazolam)  
Si approche impossible: forces de l'ordre
- Ivresse aiguë/sevrage, cocaïne: BZD,  
si échec: loxapine
- Autres: loxapine
- gériatrie: préférer NL (effets paradoxaux des BZD)

**BIEN ENTENDU.....**

**NE PAS OUBLIER**

**LE TRAITEMENT**

**ETIOLOGIQUE !!!**

# Conclusion

