

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®)



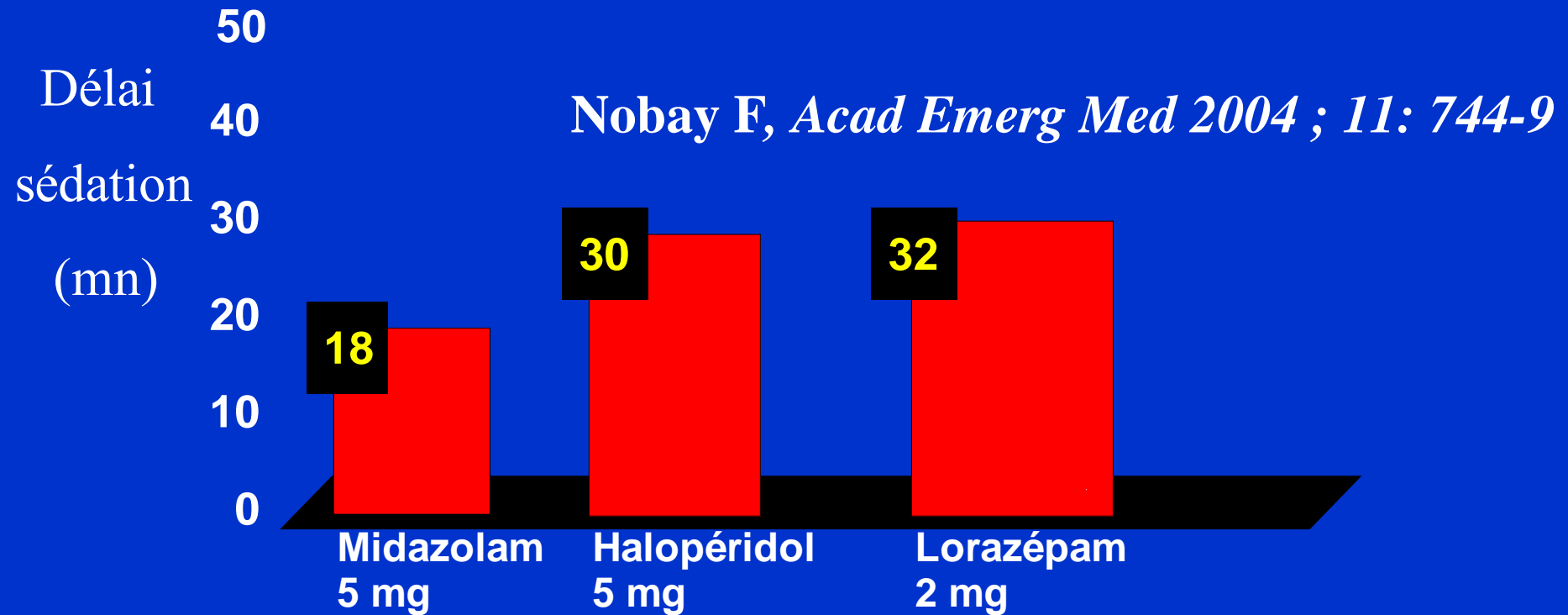
- BZD IV de choix aux USA car:
 - Demi-vie courte 10-20h
 - Métabolites inactifs
- Pas de forme injectable disponible en France

Midazolam (HYPNOVEL®)



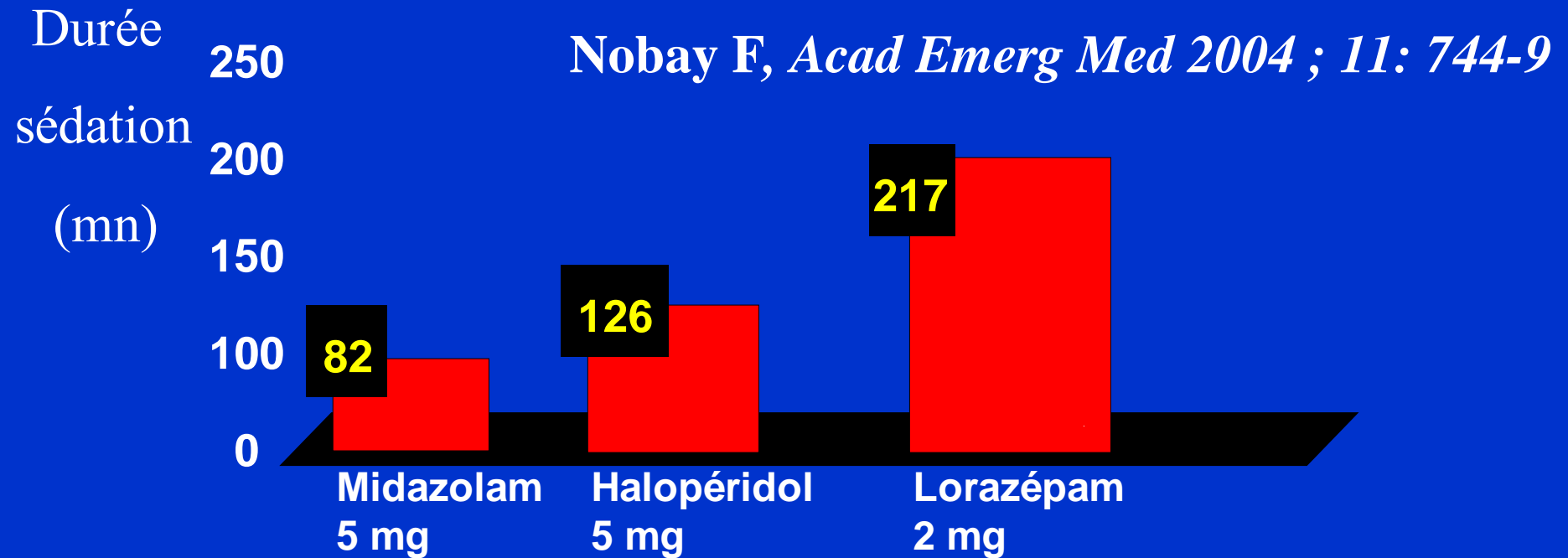
- Sédatif moteur + psychique
- AMM: agitations aiguës
- Injectable: ampoule 25 mg/mL
- Orale: comprimés 25, 50 et 100 mg
- Délai IM: 15-60 mn
- Demi-vie: 2h
- IM: 5-15 mg/j en 2-3 injections
- Intranasal?

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

