

## DEVENIR DU PATIENT

A la sortie du service d'Urgences

### CRITÈRES D'ORIENTATION

- L'hospitalisation peut être indiquée :
  - pour la réalisation d'un traitement spécifique ;
  - pour le maintien d'un traitement antalgique intraveineux et le relais jusqu'à une autonomie suffisante ;
  - en raison de la perte d'autonomie ou de l'isolement ;
  - en cas de suspicion de sévices, pour protéger la victime (mineur, personne âgée, femmes battues, etc.) ;
  - en raison d'une affection associée décompensée.

### TRAITEMENT ANTALGIQUE SELON L'ORIENTATION DU PATIENT

#### Après la consultation en urgence

- Traitement en tenant compte des contre-indications, adaptation selon le soulagement obtenu par l'analgésie en urgence.
- Paracétamol 3 voire 4 g par jour selon le poids et dans le respect des précautions d'emploi et contre-indications, éventuellement associé à la codéine ou au tramadol.
- Eventuellement morphine orale d'action rapide pour une courte durée, prescrite selon la législation en vigueur.
  - Ré-évaluation précoce par le médecin traitant.
  - Prévention et surveillance des effets secondaires de la codéine et de la morphine, notamment la constipation.
- L'« aptitude à la rue » n'est envisageable que 2 h après la dernière administration de morphine.
- Immobilisation définitive ou provisoire et éventuelle mise en décharge.

#### En hospitalisation

- Antalgiques de niveau 1 (paracétamol et éventuellement AINS) et/ou analgésique de niveau 2 (néfopam) associés à la morphine en PCA\*\*\*.
- Prévention et surveillance des effets secondaires et tolérance de la morphine dans le cadre d'un protocole écrit (sédation, fréquence respiratoire, SpO<sub>2</sub>, hémodynamique).

### AUTRES INFORMATIONS UTILES / REMARQUES

La prévention des complications thromboemboliques veineuses de l'immobilisation ou des traumatismes des membres inférieurs n'est pas codifiée. Les facteurs de risque sont l'âge > 40 ans, l'absence d'appui, la présence d'une fracture, l'immobilisation complète, les antécédents thromboemboliques, l'obésité, un voyage de longue durée surajouté, la grossesse, le post-partum et la contraception orale. Les moyens de prévention sont la mobilisation maximale, la compression élastique, les héparines de bas poids moléculaires (hors AMM).

## CONDUITE A TENIR DE L'INFIRMIER(E) DES URGENCES

### 1. Sur prescription médicale ou protocole pré-établi :

- vérifie l'absence d'hémorragie active et d'altération des signes vitaux ;
- met en œuvre une cryothérapie, une immobilisation et une surélévation ;
- pose une voie veineuse si nécessaire ;
- réalise, si nécessaire, un bilan sanguin (comprenant au minimum le groupage sanguin avec recherche d'anticorps, une numération formule, un bilan de coagulation, un ionogramme) ; un électrocardiogramme et un bilan préopératoire (si orientation chirurgicale) ;
- débute / poursuit le traitement antalgique après contrôle d'absence d'allergies ou de contre-indications. Vérifie l'absence d'incompatibilité physico-chimique avec les autres traitements en cours (si traitement IV). En cas de doute, prévient le médecin.

### 2. Rassure le patient, explique les gestes entrepris et la stratégie thérapeutique.

### 3. Surveille les paramètres cliniques et paracliniques : conscience, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, SpO<sub>2</sub>, température, poids, pression artérielle. Note ces éléments sur le dossier patient.

### 4. Applique une méthode d'évaluation de la douleur compatible avec le patient (EVA-EN). Note ces éléments sur le dossier patient.

### 5. Surveille spécifiquement la titration morphinique ou l'anesthésie générale (SAUV).

### 6. Explique au patient et à la famille, les consignes d'orientation et/ou de sortie et de suivi, s'assure de la compréhension de la feuille de recommandations remise au patient à sa sortie du SAU.

### Références bibliographiques

- 1- SFAR. Modalités de la sédation et/ou de l'analgésie en situation extrahospitalière. Conférence d'experts. 1999 : [www.sfar.org/cexpesedationeh.html](http://www.sfar.org/cexpesedationeh.html)
- 2- Hendej GW, Chally MK, Stewart VB. Selective radiography in 100 patients with suspected shoulder dislocation. J Emerg Med. 2006 ; 31 : 23-8.

ÉTABLISSEMENT

Avec le parrainage de l' INSTITUT UPSA DE LA DOULEUR  
Un engagement de Bristol-Myers Squibb

## ENTORSES, LUXATIONS ET FRACTURES DES MEMBRES DE L'ADULTE\*

COMITÉ SCIENTIFIQUE : Frédéric Lapostolle - Agnès Ricard-Hibon - Axel Ellrodt - Pierre-Yves Gueugniaud - Bruno Garrigue  
RÉDACTEURS : Axel Ellrodt - Frédéric Aubrun - Sandrine Essouri - Marc Freysz - Bruno Garrigue - Pierre-Yves Gueugniaud - Frédéric Lapostolle - Anne Le Berre - Elisabeth Menthonnex - Agnès Ricard-Hibon - Christine Vitoux - Chantal Wood

## GÉNÉRALITÉS

### DOULEUR

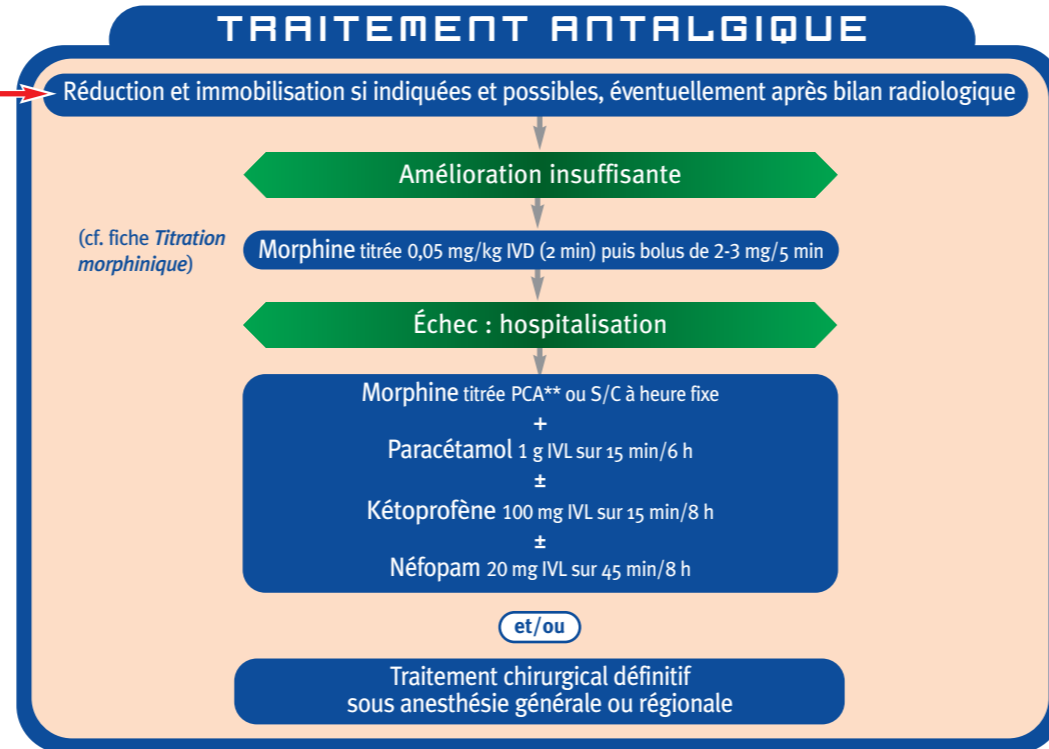
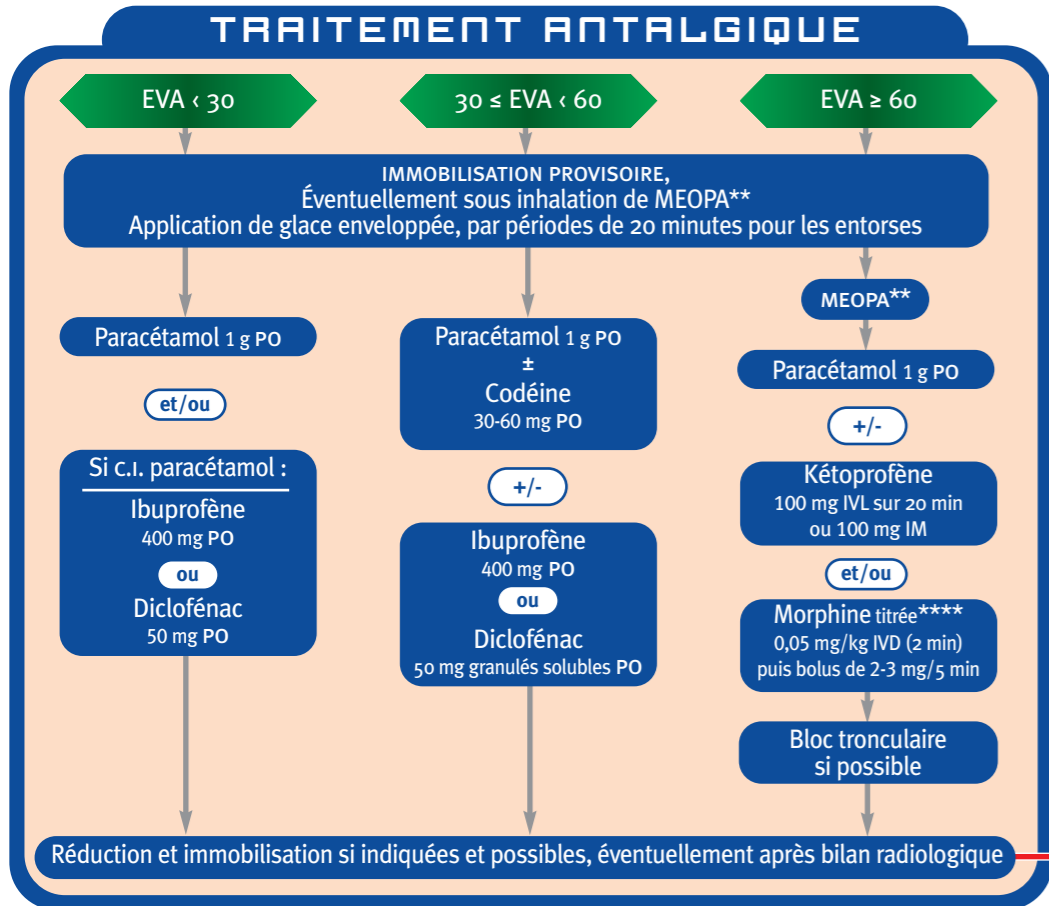
- Son intensité n'est pas corrélée à la gravité de la lésion. Il est bon de rassurer le blessé à ce sujet !
- Son traitement immédiat<sup>1</sup> ne gêne aucunement l'évaluation clinique. Une exception à cette règle : les anesthésiques locaux, notamment les blocs nerveux, gênent ou rendent impossible le bilan neurologique et doivent être administrés après ce dernier.
- Le traitement précoce des douleurs permet de rendre moins pénible l'attente après triage.

### PATIENT

#### Les patients à risque de complications ont :

- des signes cliniques de gravité : troubles de conscience, hypovolémie (une simple lipothymie d'orthostatisme suggère une hypovolémie), luxation ou fracture ouvertes, complications vasculo-nerveuses d'aval ;
- des **lésions associées**, systématiquement recherchées (notamment au cou, au crâne, au tronc...), surtout en cas d'accident à haute énergie, mais même après une simple chute ;
- un terrain à risque : anticoagulants ou troubles de l'hémostase, alcoolisme, vieillards, infirmes cérébraux, patients psychiatriques.

\* Sous la responsabilité des auteurs



## TRAITEMENT ANTALGIQUE

### COMPLÉMENT D'ANALGÉSIE

- Selon les cas il peut être nécessaire :**
- d'aligner par traction puis d'immobiliser une fracture très déplacée ou avec angulation menaçante pour la peau, les nerfs ou les vaisseaux : cela devrait être fait sous MEOPA\*\* ou après titration morphinique ;
  - de réduire d'emblée une luxation d'épaule (cf. fiche *Luxation gléno-huméale de l'épaule*) ;
  - de réduire d'emblée une luxation de rotule dans les mêmes conditions ;
  - pour la réduction des luxations des doigts MEOPA ± ALR ± morphine IV ;
  - pour la luxation du coude MEOPA + morphine ou AG ;
  - pour l'équipe d'un SMUR, il peut être nécessaire de :
    - privilégier une technique d'ALR pour une fracture du fémur (cf. fiche *Fracture du col fémoral*) ;
    - réaliser une AG avant alignement et pour le transport dans le cadre d'une fracture grave et en situation de douleur non contrôlée.

### SPÉCIFICITÉ DE LA PRISE EN CHARGE

- En raison de l'attente plus prolongée des cas non graves, il est important de traiter la douleur des "petits traumatismes" dès la prise en charge de l'infirmière de tri. Des protocoles écrits et validés permettent l'administration d'antalgiques à l'initiative des infirmiers.
- Les traumatismes très douloureux peuvent en masquer de moins douloureux mais plus graves : contusion d'un organe abdominal, traumatisme crânien ou cervical.
- La cause du traumatisme doit être identifiée : accident ? Malaise ? Intoxication ?
- Les traumatismes sont une occasion de décompensation d'un état pathologique : sevrage alcoolique, décompensation diabétique, cardiaque, respiratoire... Ces états sont à rechercher, évaluer et traiter.
- Noter et consigner l'état de la peau avant toute immobilisation.
- Le bilan neurologique doit être vérifié et consigné avant toute réalisation d'ALR.

\*\* MEOPA : mélange équimolaire oxygène protoxyde d'azote, en respectant les contre-indications et conditions d'administration.  
 \*\*\* PCA : Patient Controlled Analgesia : analgésie contrôlée par le patient.  
 \*\*\*\* Si la douleur est soulagée et < 6 après immobilisation, la titration morphinique peut être différée. Mais il faut anticiper sur une éventuelle mobilisation douloureuse (en radiologie notamment).