

SOINS INFIRMIERS

L'INFIRMIER(E) D'ORGANISATION DE L'ACCUEIL (IOA)

1. Caractérise la douleur.
2. Recueille les paramètres cliniques et paracliniques : pression artérielle, conscience, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, SpO₂, température. Note ces éléments sur le dossier patient.
3. Détecte une détresse vitale (état de choc, pâleur, sueurs,...). Recherche une impotence fonctionnelle, un trouble sensitif, ou une complication vasculaire (main blanche et froide).
4. Appelle le médecin et oriente le patient vers le secteur approprié.
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 (circonstances, anciens ECG, dossiers éventuels, dates d'hospitalisations antérieures).
7. Met en place une immobilisation provisoire et donne un antalgique de niveau I per os (type paracétamol 1 g) sur protocole du service.

L'INFIRMIER(E) DES URGENCES

1. Sur prescription médicale et/ou selon 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'allergie ou de contre-indication. Vérifie l'absence d'incompatibilité physico-chimique avec les autres traitements en cours (si traitement IV). En cas de doute, prévenir le médecin.
- 2- Rassure le patient et explique les gestes entrepris.
- 3- Surveille les paramètres cliniques et paracliniques : pression artérielle, conscience, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, SpO₂, température. Note ces éléments sur le dossier patient.
- 4- Choisit et 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.
- 6- Met en place l'immobilisation à la sortie du patient.
- 7- 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. Hinglais E. Traumatismes de l'épaule : situations cliniques autorisant une prise en charge non immédiate. In : Urgences 2005 : Enseignements supérieurs et conférences. Samu-de-France et SFMU eds. Paris 2005, chp 38, pp 469-474.
2. Fontaine JP. Prise en charge primaire des traumatismes de l'épaule aux urgences. In : Urgences 2005 : Enseignements supérieurs et conférences. Samu-de-France et SFMU eds. Paris 2005, ch 37, pp 469-474
3. Shoukry K, Riou B. Luxation antéro-inférieure de l'épaule : réduction aux urgences sans analgésie, par rotation scapulaire et traction sur l'humérus. JEUR 2004, 17, 1S16.
4. Kosnik J, Shamsa F, Raphael E, et al. Anesthetic methods for reduction of acute shoulder dislocations : a prospective randomized study comparing intraarticular lidocaine with intravenous analgesia and sedation. Am J Emerg Med 1999 ; 17 : 556-570.
5. Matthews DE, Roberts T. Intraarticular lidocaine versus intravenous analgesic for reduction of acute anterior shoulder dislocations. A prospective randomized study. Am J Sports Med 1995 ; 23 : 54-8.
6. Suder PA, Mikkelsen JB, Hougaard K et al. Reduction of traumatic secondary shoulder dislocations with lidocaine. Arch Orthop Trauma Surg. 1995 ; 114 : 233-6.
7. Miller SL, Cleeman E, Auerbach J et al. Comparison of intra-articular lidocaine and intravenous sedation for reduction of shoulder dislocations: a randomized, prospective study. J Bone Joint Surg Am. 2002 ; 84-A : 2135-9.
8. Sfar. Modalités de la sédation et/ou de l'analgésie en situation extra-hospitalière. www.sfar.org

ÉTABLISSEMENT

LUXATION GLÉNO-HUMÉRALE DE L'ÉPAULE*

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

GÉNÉRALITÉS

Nous traitons les luxations gléno-humérales antéro-inférieures qui relèvent d'une réduction aux urgences.

DOULEUR

- La luxation d'épaule peut être associée à une douleur intense, souvent insupportable à la mobilisation, justifiant d'un traitement antalgique sans délai, avant toute mobilisation.
- La réduction de la luxation est le meilleur garant de la diminution des douleurs.
- Une fracture associée à une luxation peut donner un tableau clinique « peu bruyant » surtout chez la personne âgée^{1,2}.
- La prise en charge de la douleur est à envisager dès l'accueil (posture antalgique et analgésie médicamenteuse sur protocole).
- Le traitement antalgique doit être proposé avant la réduction, même si la douleur n'est pas spontanément sévère. Il vise à supprimer la douleur en dehors de toute mobilisation et à limiter la douleur liée au geste de réduction².
- Il existe de multiples techniques de réduction dont le taux de réduction varie de 60 à 100 %². Certaines techniques de réduction de luxation sont réputées moins douloureuses : outre la technique orthopédique progressive (cf. Schéma), la technique dite d'Artl (rotation scapulaire et traction sur l'humérus avec appui du creux axillaire sur le dossier d'une chaise) serait une des plus fiables et des moins douloureuses³.

PATIENT

- La luxation d'épaule survient dans un contexte traumatique. La cinétique du traumatisme doit être évaluée. En effet, plus la cinétique est élevée, plus le risque de lésions associées est important. Il faudra en particulier rechercher des lésions du rachis et du thorax.
- Le terrain du patient est à prendre en compte : âge extrême, traitement anticoagulant, antécédents traumatiques sur la même épaule, vécu douloureux, ...

SPÉCIFICITÉ DE LA PRISE EN CHARGE

DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS

- La fracture du col huméral associée à une luxation gléno-humérale : la luxation ne doit pas être réduite aux urgences en raison du risque de déplacement de la fracture. Le risque de nécrose de la tête est important².
- Les luxations sterno-claviculaires antérieures ou postérieures. Les luxations postérieures exposent au risque de compressions pouvant menacer le pronostic vital (compressions trachéale, œsophagienne, atteinte de la carotide, ...) et de pneumothorax. La luxation postérieure ne doit pas être réduite aux urgences².
- Scapulalgies¹
- Lésions musculo-tendineuses¹

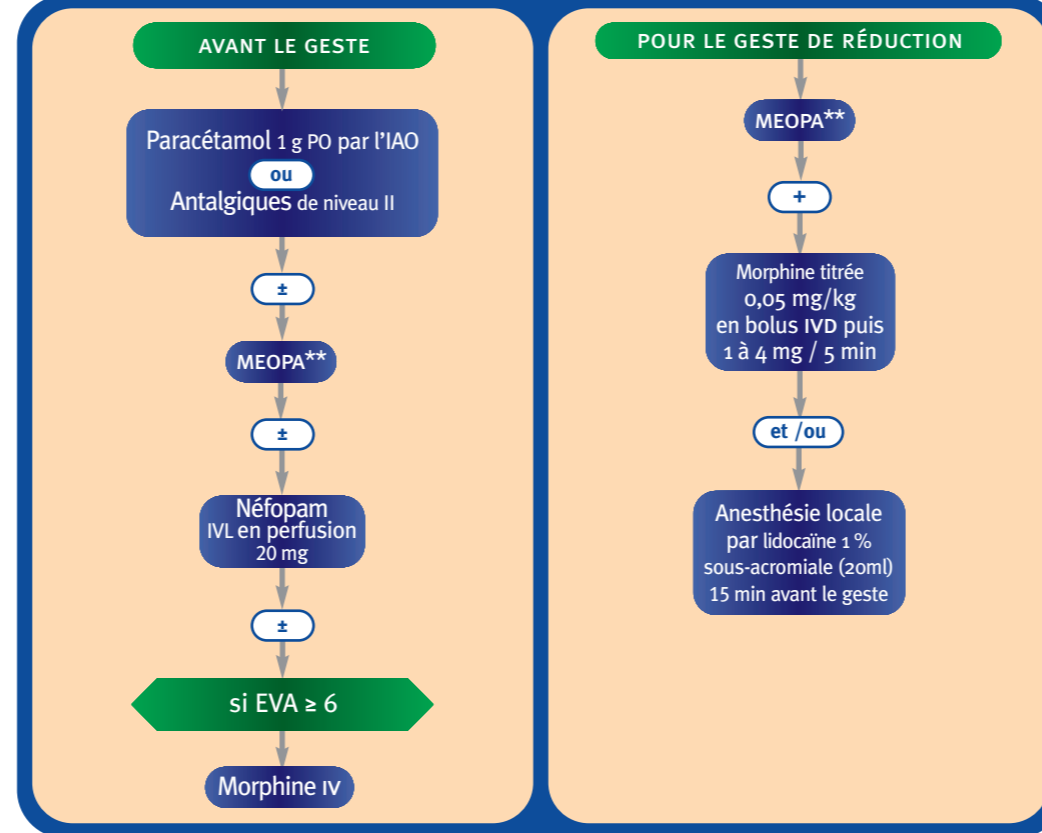
PRÉCAUTIONS

- La réduction doit être précédée d'un examen neurologique à la recherche notamment d'une atteinte du circonflexe (sensibilité du moignon de l'épaule) qui doit être noté dans le dossier. Il ne contre-indique pas la manœuvre de réduction².

DEVENIR DU PATIENT

- Les patients présentant une luxation irréductible, une luxation associée à une fracture de la tête ou du col huméral et des fragments trochantériens restant déplacés malgré la réduction sont hospitalisés en milieu chirurgical².
- Pour les autres cas, le patient peut quitter l'hôpital après immobilisation du membre supérieur dans un dispositif type gilet orthopédique ou « Mayo Clinic³ » ou autres.
- Le délai de sortie du service des urgences dépendra des thérapeutiques analgésiques utilisées. En cas d'analgésie par morphiniques intraveineux, « l'aptitude à la rue » ne doit pas être inférieure à 2 heures après la dernière injection.

STRATÉGIE D'ANALGÉSIE^{2, 5, 7}



STRATÉGIE D'ANALGÉSIE^{2, 5, 7}

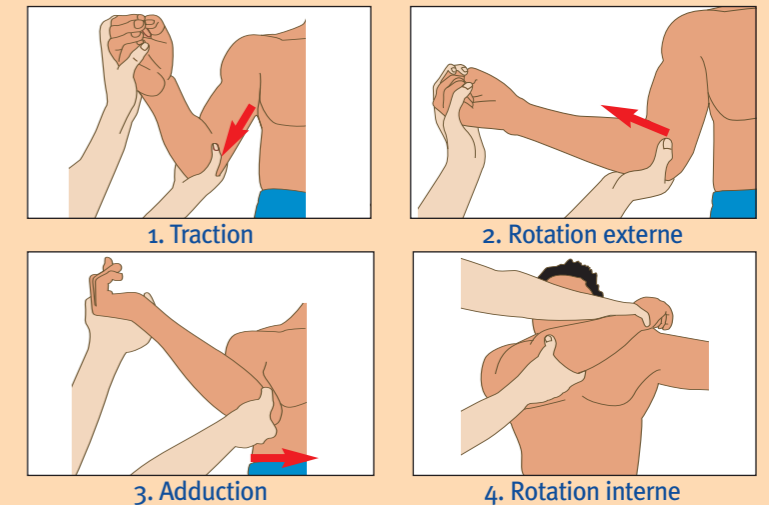
COMPLÉMENT D'ANALGÉSIE

- L'anesthésie locale par voie sous-acromiale peut être réalisée avant les radiographies si le diagnostic de luxation est évident².
- Le midazolam, à visée myorelaxante, peut être utilisé en association aux autres antalgiques, y compris avec les morphiniques. L'utilisation doit être titrée (bolus de 1 à 3 mg). La surveillance des effets secondaires doit prendre en compte le risque de cumul des effets secondaires des morphiniques et des benzodiazépines⁸.

REMARQUE

- La surveillance doit être prolongée après utilisation de morphiniques IV du fait du risque de dépression respiratoire et de sédation excessive à l'arrêt du stimulus douloureux⁸. Un morphinique d'action plus courte (type alfentanil) est probablement intéressant mais n'a pas été évalué dans cette indication.

MÉTHODE DE RÉDUCTION PROGRESSIVE SANS ANESTHÉSIE



** MEOPA : mélange équimolaire protoxyde d'azote-oxygène