



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
 www.em-consulte.com



Recommandations formalisées d'experts

Sédation et analgésie en structure d'urgence. Quelles sont les modalités de réalisation d'une sédation et/ou d'une analgésie chez le patient incarcéré ?[☆]

Sedation and analgesia in emergency structure. Which sedation and/or analgesia for the entrapped patient?

A. Puidupin^{a,*}, E. Wiel^b, groupe d'experts Sfar-SFMU¹

^a Fédération d'anesthésie-réanimation-urgences, hôpital d'instruction des armées Alphonse Laveran, BP 60149, 13384 Marseille cedex 13, France

^b Samu régional de Lille, pôle de l'urgence, centre hospitalier régional universitaire de Lille, université Lille 2, 59037 Lille cedex, France

INFO ARTICLE

Mots clés :

Sédation
 Analgésie
 Accident de voie publique
 Incarcéré

Keywords:

Sedation
 Analgesia
 Traffic accident
 Vehicular entrapment

1. Introduction

Peu d'articles sont consacrés spécifiquement à la prise en charge médicale du patient incarcéré. Seuls les aspects particuliers liés à l'incarcération et à la pratique de l'analgésie et/ou de la sédation dans ce contexte seront pris en compte.

2. Incarcération

Dans le cadre d'un accident, un blessé incarcéré dans l'habitacle d'un moyen de transport (véhicule, train, avion) est un blessé maintenu prisonnier par un mécanisme de compression

responsable de lésions sous-jacentes. Un ensevelissement peut aboutir à une situation comparable. La victime est dite piégée si elle est retenue prisonnière à l'intérieur de son véhicule suite à la déformation des structures de son véhicule, sans lésions de compression sous-jacentes.

« La caractéristique dominante est la déformation du milieu dans lequel il se trouve. Ce milieu détruit est devenu agressif : coupant, instable. Les mouvements sont pratiquement impossibles » [1]. L'incarcération est un marqueur de gravité en traumatologie routière. En 1993, une étude prospective (portant sur 144 victimes d'un accident de la route) note le nombre significativement plus élevé de polytraumatisés à type de plaie de rate avec fractures de membres et choc hypovolémique chez les patients incarcérés par rapport aux accidentés non incarcérés dans leur véhicule [2,3]. En 2005, dans une étude prospective et multicentrique portant sur 125 traumatismes crâniens graves, plus de 57 % des 40 accidents impliquant un véhicule léger concernaient un ou plusieurs blessés incarcérés, majoritairement aux places avant, ce qui témoigne de l'importance de la cinétique [4].

3. Conséquences de l'incarcération pour le patient

L'incarcération est consécutive à un choc violent responsable de déformation de la cellule avec des conséquences traumatiques importantes, directes ou indirectes (décélération). Les conséquences de l'incarcération, à côté de celles directement liées à la douleur, sont multiples.

3.1. Les conséquences hémodynamiques du traumatisme sont majorées par l'incarcération

Sur le plan hémodynamique, le retour veineux est un élément essentiel de régulation du débit cardiaque. L'adaptation posturale physiologique par vasomotricité réflexe (veinoconstriction adrénergique) [5] peut être perturbée par les compressions liées à la position dans laquelle le patient se trouve incarcéré. En position

[☆] Réactualisation 2010 de la Conférence d'experts de la Sfar de 1999.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : a.puidupin@netcourrier.com (A. Puidupin), eric.wiel@chru-lille.fr (E. Wiel).

¹ Groupe d'experts : Jean-Emmanuel de La Coussaye (président des RFE), Benoît Vivien (secrétaire des RFE), Frédéric Adnet, Vincent Bounes, Gérard Chéron, Xavier Combes, Jean-Stéphane David, Jean-François Diependaele, Jean-Jacques Eledjam, Béatrice Eon, Jean-Paul Fontaine, Marc Freysz, Pierre Michelet, Gilles Orliaguet, Alain Puidupin, Agnès Ricard-Hibon, Bruno Riou, Eric Wiel.

assise, il existe une accumulation de sang dans les parties déclives (diminution de la pression systémique moyenne), avec une diminution du retour veineux [6]. En position ventrale, le retour veineux sanguin de la veine cave inférieure peut être diminué par la compression abdominale. Une position en décubitus dorsal strict, avec une charge sur l'abdomen, engendre une augmentation des résistances vasculaires périphériques (RVP), une diminution du retour veineux et une baisse du débit cardiaque. Une position en hyperlordose peut entraîner une plicature de la veine cave inférieure avec une diminution du retour veineux [5]. L'hypovolémie absolue liée au traumatisme aggrave les conséquences hémodynamiques de ces différentes positions. Enfin, si une sédation est nécessaire, en plus de leurs conséquences hémodynamiques propres, les produits anesthésiques diminuent l'adaptation posturale cardiovasculaire par dépression du système nerveux autonome [6].

3.2. L'hypothermie modifie la pharmacocinétique des produits anesthésiques

L'hypothermie est fréquente chez le patient incarcéré [7–11]. Elle s'installe rapidement et la mise en place de protections thermiques, types couvertures de survie, doit être précoce et systématique. L'hypothermie est favorisée par de nombreux facteurs tels que la température extérieure et la durée de l'intervention, ou par un traumatisme médullaire, un état de choc, un traumatisme crânien avec atteinte des centres thermorégulateurs hypothalamiques, une ingestion d'alcool, un remplissage vasculaire massif, et/ou l'administration de produits anesthésiques. La pharmacocinétique des produits anesthésiques est modifiée par l'hypothermie, ce qui entraîne une augmentation de leur concentration plasmatique et un ralentissement de leur élimination [9,10].

Enfin, il est à noter que les valeurs de l'oxymétrie de pouls sont d'interprétation difficile chez le patient choqué et en hypothermie en raison de la vasoconstriction.

3.3. L'incarcération implique une compression avec un risque métabolique croissant dans le temps

Les patients incarcérés sont parfois victimes de phénomènes de compression. Une compression musculaire, même de courte durée (≤ 60 min) provoque une augmentation de la perméabilité membranaire. Toute compression de plus de trois heures, accompagnée de signes de choc, est associée à un risque majeur d'hyperkaliémie et d'acidose [3,12,13]. De plus, il faut se méfier de paramètres hémodynamiques initialement faussement rassurants, mais qui chutent lors de la levée de l'obstacle.

3.4. Conséquences non spécifiques liées au traumatisme

Comme souvent en traumatologie, l'heure du dernier repas est souvent inconnue et le traumatisme, la douleur intense et l'anxiété, engendrent une augmentation du temps d'évacuation gastrique. De plus, les risques de régurgitation et de vomissements sont importants dans cette situation de stress [14,15]. Si la position proclive empêche les régurgitations (à partir de 45°), elle ne protège pas contre les vomissements [16]. Une hémorragie avec un état de choc peut également entraîner une baisse du tonus du sphincter inférieur de l'œsophage par réflexe vagal. Ce phénomène augmente ainsi le risque d'inhalation du contenu gastrique lors d'une induction [14]. Ainsi, quelle que soit l'heure de son dernier repas, le patient doit être systématiquement considéré comme un patient à estomac plein.

4. Contraintes et objectifs de l'équipe médicale

4.1. Contraintes spécifiques

L'incarcération implique un environnement souvent difficile avec des conditions climatiques pouvant être défavorables (froid et pluie), des modalités d'éclairage insuffisantes et une pression psychologique importante (témoins, entourage, victimes multiples, médias...). Cela a pour conséquence immédiate des difficultés d'accès au blessé, en particulier aux voies aériennes supérieures et/ou au capital veineux.

De ce fait, l'intervention doit s'organiser en coordination avec les secouristes responsables de la désincarcération, au cours de laquelle il faudra concilier les objectifs de la prise en charge médicale avec l'organisation des différents temps des manœuvres de dégagement. La gestion du facteur temps est essentielle pour limiter les risques d'hypothermie et/ou de décompensation de lésions initiales. La désincarcération s'organise schématiquement en quatre temps : sécurisation de la zone, accès et création d'un « espace médical » pour contrôler les fonctions vitales du blessé, son extraction du véhicule, l'installation du blessé sur le matelas à dépression pour réévaluation, et mise en condition d'évacuation. La concertation entre le médecin du Smur et le chef de l'équipe de secouristes doit permettre d'évaluer à chaque étape le temps restant avant le dégagement afin de pouvoir adapter la stratégie médicale.

4.2. Contraintes spécifiques

Les contraintes habituelles de l'exercice préhospitalier se conjuguent avec ces contraintes spécifiques :

- le patient peut être ininterrogeable (troubles de la conscience, agitation...). Néanmoins, l'équipe médicale doit essayer d'obtenir des renseignements sur les antécédents, les traitements en cours, les allergies éventuelles... en interrogeant l'entourage ;
- le masquage lésionnel est un risque permanent dans ces conditions difficiles d'examen [8]. Une intubation suivie d'une ventilation mécanique peut induire la décompensation d'un pneumothorax non diagnostiqué ;
- les fracas maxillo-faciaux sont prédictifs d'une intubation difficile et, en l'absence d'obstruction asphyxique des voies aériennes, il est préférable d'attendre la fin de la désincarcération pour une intubation éventuelle [17] ;
- les traumatismes rachidiens, en particulier cervicaux, fréquents lors d'accidents de la route imposent une contention systématique chez le polytraumatisé [18] avant bilan radiologique. Lorsque l'intubation est indiquée, celle-ci doit être réalisée en limitant au maximum les mouvements du rachis cervical pour éviter d'aggraver d'éventuelles lésions préexistantes (intérêt de la stabilisation axiale en ligne réalisée par un aide) [19].

4.3. Objectifs de mise en condition

Les objectifs de mise en condition d'un blessé incarcéré sont les mêmes qu'en traumatologie classique, à savoir :

- prise en charge des fonctions vitales ;
- lutte contre la douleur ;
- lutte contre l'angoisse ;
- facilitation du dégagement ;
- prévention de l'hypothermie.

La réalisation d'une analgésie et/ou d'une sédation dans cet environnement est une pratique à haut risque chez un patient fréquemment polytraumatisé, à l'estomac plein et aux antécédents

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2745961>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2745961>

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