

# Aspects inhabituels du traitement de la douleur

Christian Glace

SAMU 67 - SMUR Strasbourg

# Aspect réglementaire

- ◆ Charte du malade hospitalisé :  
les établissements de santé garantissent la qualité des soins, des traitements et de l'accueil. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur (art. 2)

# Príncipe :

- ◆ Primum non nocere Hippocrate (env. 460 - 377 avant J.C.)
- ◆ D'abord ne pas nuire...

# Convention

- ◆ Dans ces cas cliniques qui vont suivre, nous allons nous limiter au seul aspect thérapeutique antalgique de la prise en charge...

# Cas clinique n°1

- ◆ AVP choc frontal, victime 65 ans  
incarcérée par les jambes, consciente  
GCS 15, pas de TC ni PC
- ◆ douleur jambe D, EVA=3 (immobile) et  
7 (à la mobilisation)
- ◆ Fc 105 min<sup>-1</sup>, TA 158/86 mmHg,  
Sat 92% AA

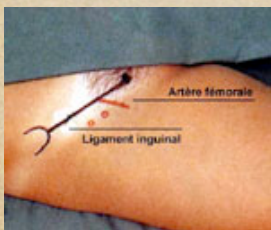
# Discussion CCI

- ◆ VVP + SSI
  - ◆ paracétamol 1g IVL (en 15-20')
  - ◆ en synchronisme avec le chef d'agrès, 3' avant de hisser sur la planche Olivier :
    - ◆ kétamine 0,3 mg/kg ± 1 mg midazolam
    - ◆ ±BZD : antalgique !! sur la composante psychogène (mais attention : hypotenseur)
- ◆ Si fracture : réduction - antalgie par immobilisation (attelle à dépression)

# Cas clinique n°2

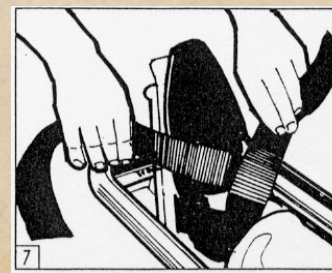
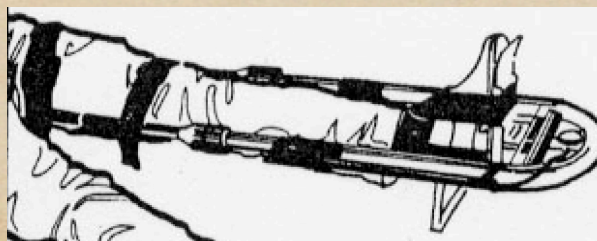
- ◆ Victime 48 ans, chute de lieu élevé
- ◆ déformation - angulation à mi-cuisse G
- ◆ douleur EVA 5 au repos

# Discussion CC2



[www.alrf.asso.fr](http://www.alrf.asso.fr)

- ◆ VVP de sécurité
- ◆ Bloc ilio-fascial par technique de Dalens
  - ◆ Xylocaïne 1% (si possible adrénalinée)
- ◆ Réduction - immobilisation par attelle de Donway (chaussure de contention vérifiée et en bon état !)





# Cas clinique n°3

- ◆ Garçon de 8 ans, chute à vélo. Portait des protections (genoux + coudes)
- ◆ Excoriation cutanée noirâtre étendue : fesse D, malléole D, épaule D avec inclusion de gravier. Pas de déficit neuro-vasculaire.

# Discussion CC3

- ◆ Brossage sous MEOPA ; inhalation : 3' avant, et arrêt : à la fin du geste douloureux
- ◆ Ou alternative (si contre-indication) :
  - ◆ Crème Emla transcutanée, 20-30' avant ->
  - ◆ pose VVP
  - ◆ kétamine en sédation vigile (0,3 mg/kg)
  - ◆ éventuellement midazolam (antalgique !!  
± antipsychodysléptique)

# Cas clinique n°4

- ◆ 32 ans, sportif 110 kg
- ◆ luxation antéro-interne d'épaule G depuis 11 heures
- ◆ confirmée par radio face + profil, pas de fracture.

# Discussion CC4

- ◆ Réduction sans sédation par méthode de Kocher (rot. ext. puis antépulsion), précédée d'une explication soigneuse du geste (lent +++ ) et de l'impérieuse nécessité de ne pas se contracter
- ◆ Pour l'anxiolyse de l'opérateur : éventuellement 1 à 2 g de paracétamol IVL + 2 mg midazolam (110 kg), à répéter éventuellement

# Cas clinique n°5

- ◆ Patiente 32 ans, prise en charge à domicile, se plaint d'hémicranie à la suite d'un conflit conjugal
- ◆ Pas de lésions à l'examen, y compris du cuir chevelu. Examen neuro N.

# Discussion CC5

- ◆ Mise sous O<sub>2</sub> au masque 6 l / min,  
10 à 20'.

# A retenir : l'intérêt

- ◆ du MEOPA,
- ◆ de la kétamine en sédation vigile,
- ◆ de la crème EMLA ®,
- ◆ du néfopam (Acupan ®),
- ◆ des benzodiazépines (1/2 vies courtes),
- ◆ de l'immobilisation,
- ◆ de l'oxygène,
- ◆ et de la sédation verbale...

# Conclusion

- ◆ Pas de prise de risque inutile
- ◆ Evaluation de la douleur (EVA à la règle !  
sauf personnes âgées)
- ◆ Le traitement de la douleur est un droit du patient et une urgence !