

Traitement de l'agitation aux urgences somatiques

Rev Med Suisse 2005; 1: 1810-3

**N. Zoupanos
Bujard
C. Bryois**

Dr Nathalie Zoupanos Bujard
Service de psychiatrie de liaison
EHC-Hôpital de Morges
Ch. du Crêt 2, 1110 Morges
nzoupanos@bluewin.ch

Dr Christian Bryois, ME et CC
Secteur psychiatrique Ouest
Hôpital de Prangins
1197 Prangins
christian.bryois@inst.hospvd.ch

Treatment of agitation on the emergency room

The treatment of agitation in the emergency room is a subject regularly treated in different studies and conferences because of the diagnosis difficulties and the psychological impact on medical teams. Differential diagnosis includes organic, toxic and psychiatric causes. Non-pharmacological means (emergency rooms'organisation, communication skills, first care teams'formation) allow resolution of some of these situations. When psychopharmacological intervention is required benzodiazepines (lorazepam) and neuroleptics (halopéridol, olanzapine) are indicated, first orally, then intramuscularly if requested by non-collaborative patient. Combination of drugs is not to be recommended. Side effects of current medication are to be well known, that's why only a small number of molecules are to be used, after controlled studies.

Le traitement de l'agitation aux urgences somatiques fait régulièrement l'objet de conférence de consensus et d'études, ceci en raison des difficultés inhérentes au flou diagnostique et à l'impact psychologique sur les soignants. Le diagnostic différentiel inclut des causes organiques, toxiques et psychiatriques. Le développement de moyens non pharmacologiques (architecture des lieux, techniques d'approche, formation des collaborateurs de première ligne) permet la résolution de certaines situations. Quand une intervention médicamenteuse est nécessaire, les benzodiazépines (lorazépam) et les neuroleptiques (halopéridol, olanzapine) sont indiqués, tout d'abord per os, puis intramusculaire en cas de non-collaboration. La polychimiothérapie n'est pas à préconiser. Une bonne connaissance des effets secondaires des molécules utilisées est essentielle, d'où l'intérêt d'une pharmacopée restreinte et bien étudiée.

INTRODUCTION

L'agitation en milieu somatique nécessite une prise en charge rapide et bien souvent médicamenteuse. Le service d'urgence hospitalier somatique devrait être une structure d'accueil adaptée au patient agité. L'admission directe en milieu psychiatrique devrait rester l'exception et ne se concevra que lorsque toute organicité est écartée. Cela dit le psychiatre devrait être impliqué très tôt dans la prise en charge du patient agité non intoxiqué, en étroite collaboration avec le médecin urgentiste.

Le principal objectif est de tranquilliser le patient afin de diminuer l'agitation psychomotrice impliquant souvent un risque auto- ou hétéro-agressif. Tranquilliser un patient permet par ailleurs d'obtenir la collaboration nécessaire pour effectuer les examens cliniques et paracliniques et de limiter la durée de la contention physique – si elle a été utilisée.

Cette revue de la littérature cherche à faire le point sur les attitudes à prendre face à ces situations qui demandent toujours un sens clinique affûté, une rapidité de réflexion et une pharmacothérapie raisonnée.

DÉFINITION

L'agitation est une perturbation du comportement moteur, psychique et relationnel suscitant une réaction d'intolérance de l'entourage et du milieu. Sa prévalence avoisine 0,8 à 1% et elle a un impact psychologique considérable sur les soignants. On note une plus grande fréquence d'agitation chez les patients âgés, chez les hommes de 30 à 34 ans et chez les femmes entre 45 et 49 ans. L'agitation se manifeste davantage le week-end et moins en début de semaine. Les soirs de semaine, c'est entre 18 et 21 heures qu'on note une recrudescence de ces situations.

MATÉRIEL

Les études utilisées pour cet article ont été recensées sur *Medline* en tapant les mots agitation, urgences, soins intensifs, benzodiazépines et neuroleptiques. La plus ancienne date de 1996, la plus récente de 2005.



En plus des articles de consensus et touchant aux diagnostics de l'agitation, ces études portent sur la comparaison de benzodiazépines entre elles, de neuroleptiques de première et de deuxième génération, confrontent ces deux types de substances ou mettent en compétition des associations médicamenteuses. Elles sont de différents types, sponsorisées ou non par des entreprises pharmaceutiques et proviennent de différents pays.

MESURE DE L'AGITATION

La mesure de l'agitation représente une difficulté méthodologique, les échelles utilisées étant difficilement comparables entre elles. A titre d'exemple, nous proposons deux échelles utilisées dans les études que nous avons recensées :

- *The Ramsay sedation scale* :

1. Anxieux ou agité, ou les deux.
2. Collaborant, orienté et calme.
3. Réponse aux ordres seulement.
4. Réponse vive à la percussion légère de la glabelle ou à une forte stimulation auditive.
5. Réponse lente à la percussion légère de la glabelle ou à une forte stimulation auditive.
6. Pas de réponse à la percussion légère de la glabelle ou à une forte stimulation auditive.

- *The Sedation Agitation Scale* :

7. Agitation psychomotrice avec risque auto- ou hétéro-agressif.
6. Agitation psychomotrice importante.
5. Agitation psychomotrice.
4. Calme, collaborant.
3. Endormi.
2. Très endormi.
1. Non réveillable.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Les étiologies de l'agitation – parfois intriquées – peuvent être organiques (25%) (tableau 1), toxiques (25%) (tableau 2) ou psychiatriques (62%) (tableau 3).

Tableau 1. Causes organiques fréquentes de l'agitation

<ul style="list-style-type: none"> • Hypoxie, hypercapnie • Etats de choc • Hypoglycémie • Troubles électrolytiques • Epilepsie • Hémorragie méningée • Douleur 	<ul style="list-style-type: none"> • Méningite • Accidents vasculaires cérébraux • Masses intracrâniennes • Globe vésical, fécalome • Hyperthermie • Traumatisme méconnu
--	--

Tableau 2. Causes toxiques de l'agitation

<ul style="list-style-type: none"> • Alcool • Stupéfiants • Sevrage 	<ul style="list-style-type: none"> • Surdosage médicamenteux • Interaction médicamenteuse (30% c/o personnes âgées²)
--	---

Tableau 3. Causes psychiatriques de l'agitation

<ul style="list-style-type: none"> • Accès maniaque • Bouffées délirantes aiguës • Schizophrénies • Délires chroniques paranoïaques 	<ul style="list-style-type: none"> • Syndromes démentiels • Personnalités antisociales • Attaque de panique • Agitation hystérique • Syndromes confusionnels
---	---

TRAITEMENT DE L'AGITATION

Moyens non pharmacologiques

L'hétéro-anamnèse, quand elle est possible, peut être riche non seulement en informations médicales mais aussi s'avérer utile quant à la façon d'aborder un patient (patients institutionnalisés).

L'approche relationnelle est indispensable. Non seulement elle désamorce l'agressivité dans bien des situations, mais en plus, l'utilisation d'un traitement pharmacologique ou d'une contention chimique ou physique ne se justifie qu'après son échec.

Elle implique de la part du soignant une attitude cohérente, ferme et tolérante. Il faut rappeler les règles de fonctionnement, être disponible, garder son calme, parler doucement de manière claire et rassurante, expliquer ce qu'on va faire, écouter avec empathie et compréhension et respecter une certaine distance physique. Par ailleurs, il ne faut pas oublier de protéger le patient agité et le personnel soignant.

L'architecture même des urgences est aussi à prendre en considération, ce qui pose, bien entendu, des problèmes logistiques et organisationnels : lumière du jour, chambre «surveillable» mais permettant un isolement, garantie de confidentialité (rideaux séparant les box, etc.), patient à l'abri des bruits et des allées et venues inhérentes à un service de soins aigus. L'hypostimulation, l'environnement peu menaçant et l'assise du soignant sont des facteurs favorisant la collaboration.

De manière intéressante, Khazaal et coll. notent que l'usage des contraintes physiques diminue lorsque le ratio personnel soignant/patients est plus important et lorsque des procédures d'identification et de management précoce des comportements à problèmes sont mises en place.¹

Moyens pharmacologiques

Le traitement est bien entendu étiologique quand il existe une cause somatique et un traitement curatif.

La sédation pharmacologique du patient agité représente un risque lié à l'incertitude diagnostique. Il est donc souhaitable d'utiliser un nombre restreint de molécules que l'on maîtrise bien et de privilégier la voie orale. Celle-ci doit toujours être proposée car on sous-estime le nombre de patients agités qui seraient collaborants.²

La substance idéale aurait un délai d'action rapide, induirait une sédation adéquate, permettrait un rétablissement de l'état de conscience rapide après son arrêt, serait facile d'administration, ne s'accumulerait pas, aurait peu d'effets secondaires, interagirait peu avec les autres médicaments et serait bon marché.³ Encore plus idéalement, elle aurait déjà été utilisée sur le patient et on aurait un feed-back de son effet.⁴



Les benzodiazépines

Les benzodiazépines sont des molécules polyvalentes dont la toxicité et les effets secondaires sont faibles à condition de respecter certaines précautions d'utilisation et de privilégier la titration. Les contre-indications à l'utilisation de benzodiazépines sont les myasthénies, les décompensations respiratoires graves⁴ (diminution de la réponse à l'hypercapnie) et les états démentiels précoces (aggravation de la symptomatologie déficitaire).⁵

Le lorazépam, le midazolam et le diazépam sont les molécules les plus souvent utilisées et étudiées.

Le diazépam (Valium®), dans sa forme intrarectale est la médication de choix chez l'enfant.

Le midazolam (Dormicum®) est préféré pour des sédations courtes et quand un effet immédiat est nécessaire.⁶

Le lorazépam (Temesta®) sera choisi dans des situations où une induction très rapide n'est pas requise ; il est bon marché, n'a pas de métabolites actifs, est éliminé par glucuroconjugaison hépatique et non pas par un métabolisme oxydatif et a une demi-vie relativement courte (12-16 heures).^{6,7}

Il faut toutefois noter que des cas de manifestations paradoxales ont été décrits sous forme de péjoration de l'état d'agitation, particulièrement chez l'enfant et la personne âgée. Par ailleurs, la voie d'absorption la plus rapide est la voie orale et non pas la voie intramusculaire.

Les neuroleptiques

Neuroleptiques de première génération

L'halopéridol (Haldol®) est actif rapidement p.o. ou i.v. (bien que cette voie ne soit pas validée par la FDA¹¹) et a un minimum d'effet anticholinergique. Dans une étude, les doses vont de 0,5 à 2 mg pour une agitation modérée (ou pour les patients âgés), 2 à 5 mg pour l'agitation moyenne à 10 à 20 mg pour l'agitation sévère, toutes les 4 à 6 heures, ce qui fait donc au maximum 80 mg par 24 heures, dosage hasardeux sur le terrain et non pratiqué sous nos latitudes.^{6,8} Par ailleurs, il faut être attentif à l'apparition d'un syndrome extrapyramidal sous forme de dystonie aiguë dont le spasme laryngé est la complication la plus redoutable, de dyskinésie et d'acathisie.⁹

Certains neuroleptiques peuvent prolonger l'intervalle QT, tels que la chlorpromazine, la thioridazine, le pimozide, le dropéridol et la ziprazidone.⁶ Ceci est susceptible d'entraîner une tachycardie ventriculaire et une torsade de pointe. Il faut être particulièrement vigilant chez les patients présentant une hypokaliémie ou un syndrome du QT long congénital et chez les patients présentant un risque d'interaction médicamenteuse, toutes informations parfois indisponibles pour le clinicien lors d'agitation. Finalement, on ne peut ignorer la possibilité d'induire un syndrome d'imprégnation neuroleptique sévère, voire un syndrome malin aux neuroleptiques, notamment lors d'utilisation de posologie élevée.¹⁰

L'utilisation de la lévopromazine (Nozinan®) doit être prudente à forte dose en raison de son effet anticholinergique puissant et du risque d'induire une hypotension.⁸

Neuroleptiques de deuxième génération

Jusqu'à présent, seule l'olanzapine (Zyprexa®) est produite sous une forme injectable. Elle a été l'objet de dif-

férentes études démontrant son efficacité à 10 mg et sa bonne tolérance.^{4,11,12} Les neuroleptiques de deuxième génération, tels que l'olanzapine, ont en effet un profil d'effets secondaires qui se manifestera plutôt dans les traitements au long cours (prise de poids, diabète).

Combinaison neuroleptique-benzodiazépine

Plusieurs études s'attachent à démontrer la supériorité de telle ou telle association d'un neuroleptique (de 1^{ère} ou 2^e génération) et d'une benzodiazépine sur un autre cocktail de même composition. Beaucoup postulent que la combinaison d'un neuroleptique et d'une benzodiazépine produit un effet antiagitation plus élevé que n'importe quelle substance seule.²

La difficulté d'interprétation de ces études provient essentiellement de ce que les dosages peuvent varier au sein d'une même étude, favorisant parfois une substance au détriment de l'autre, soit par dosage insuffisant, soit au contraire parce que les effets secondaires deviennent invalidants.

SYNTHÈSE

A l'issue de cette revue de littérature, on peut dire que le traitement médicamenteux de l'agitation devrait se résumer à un nombre restreint de molécules qu'il convient d'utiliser à bon escient, en évitant les écueils que constituent l'habitude, la subjectivité et l'ignorance des interactions et des effets secondaires.

L'examen clinique, même bref, devrait pouvoir orienter le choix de la médication. En présence de symptômes psychotiques, l'halopéridol est indiqué, de même que l'olanzapine, qui sera certainement de plus en plus utilisée dans le cadre de l'urgence en raison de son profil de tolérance plus favorable.¹³ Le lorazépam (à des doses de 2 à 7,5 mg) est efficace dans les situations d'agitation aux urgences. Son utilisation permet par ailleurs un status psychiatrique après dissipation de son effet. Ses formes galéniques multiples (comprimés, orodispersible, i.m., i.v.) le rendent adaptable à différents cas de figure ce d'autant plus qu'il est réversible par l'injection de flumazénil (Anexate®).

Les associations médicamenteuses (benzodiazépines-neuroleptiques) ont probablement l'avantage d'un effet plus «intense» mais présentent l'inconvénient majeur qu'en cas d'effets secondaires, la discrimination de la substance impliquée est plus difficile. Certains argumenteront toutefois que ces associations permettent l'utilisation de doses moins élevées.²

CONCLUSION

Le traitement de l'agitation aux urgences est un sujet complexe de par les difficultés diagnostiques et les contre-attitudes suscitées.

En premier lieu, la relation avec le patient reste primordiale. Tenter d'obtenir sa collaboration est une priorité permettant de favoriser la voie d'administration orale. En ce sens, il faut être attentif au milieu dans lequel le patient est accueilli et à la formation des collaborateurs de première ligne.



La standardisation des pratiques est importante bien que les habitudes soient tenaces dans les différents services hospitaliers, ce qui est bien mis en lumière dans deux études^{3,14} qui évoquent l'appétence des soignants pour des guidelines clairs qui ne sont ensuite pas mis en pratique, et qui soulignent la discrédence entre ce que les médecins disent qu'ils font et ce qu'ils font en réalité.

L'halopéridol sera probablement progressivement remplacé par l'olanzapine, ce qui permet dès l'urgence d'envisager les traitements au long cours des psychoses.

De manière générale, la polychimiothérapie n'est pas à conseiller.

On ne peut pas, dans un article traitant de l'agitation, faire l'impasse sur les mouvements agressifs, sur le sentiment d'impuissance et d'inconfort et sur les habitudes qui vont sous-tendre la prescription. La formation continue et la col-

laboration avec différents consultants (psychiatres, pharmaciens) permettent une adéquation des pratiques. ■

Implications pratiques

- L'anamnèse même brève doit permettre une orientation du traitement
- Le diagnostic différentiel inclut des causes organiques, toxiques et psychiatriques
- Les moyens non pharmacologiques sont à utiliser en première intention
- La médication (benzodiazépines ou neuroleptiques de 2^e génération) est à proposer en premier lieu p.o.

Bibliographie

- 1 Khazaal Y, Bonsack C, Borgeat F. La contrainte en psychiatrie: actualités et perspective. *Rev Med Suisse* 2005;1:515-8.
- 2 Yildiz A, Sachs GS, Turgay A. Pharmacological management of agitation in emergency settings. *Emerg Med J* 2003;20:339-46.
- 3 Ostermann M, Keenan S, Seiferling R, et al. Sedation in the intensive care unit. *JAMA* 2000;283:1451-9.
- 4 Citrome L. Atypical antipsychotics for acute agitation. *Postgrad Med* 2002;112:85-96.
- 5 Schaad N. Utilisation des benzodiazépines à l'hôpital. *Med Hyg* 2002;60:1574-6.
- 6 Siegel M. Management of agitation in the ICU. *Clin Chest Med* 2003;24:713-25.
- 7 Young C, Prielipp R. Benzodiazepines in the intensive care unit. *Crit Care Clin* 2001;17:843-62.
- 8 Rochat S, Camus V, Büla C. Etat confusionnel chez la personne âgée. *Rev Med Suisse Romande* 2003;123:685-9.
- 9 Justic M. Does «ICU psychosis» really exist? *Crit Care Nurse* 2000;20:28-37.
- 10 Bryois C, Bondolfi G. Le syndrome malin des neuroleptiques. *Rev Med Suisse Romande* 1996;116:713-7.
- 11 Meehan K, Zhang F, David S, et al. A double-blind, randomised comparison of the efficacy and safety of intramuscular injections of olanzapine, lorazepam, or placebo in treating acutely agitated patients diagnosed with bipolar mania. *J Clin Psychopharmacol* 2001;21:389-97.
- 12 ** Battaglia J, Lindborg S, Alaka K, et al. Calming versus sedative effects of intramuscular olanzapine in agitated patients. *Am J Emerg Med* 2003;21:92-8.
- 13 * Bryois C, Nanzer N, Eliez S, et al. Avancées thérapeutiques 2004. *Rev Med Suisse* 2005;1:159-67.
- 14 ** Currier G. Atypical antipsychotic medications in the psychiatric emergency service. *J Clin Psychiatry* 2000;61(Suppl. 14):21-6.
- 15 Nobay F, Simon B, Levitt A, et al. A prospective, double-blind, randomized trial of midazolam versus haloperidol versus lorazepam in the chemical restraint of violent and severely agitated patients. *Acad Emerg Med* 2004;11:744-9.
- 16 Alexander J, Tharyan P, Adam's C, et al. Rapid tranquillisation of violent or agitated patients in psychiatric emergency setting. *Br J Psychiatry* 2004;185:63-9.
- 17 ** TREC Collaborative group. Rapid tranquillisation for agitated patients in emergency psychiatric rooms: A randomised trial of midazolam versus haloperidol plus promethazine. *BMJ* 2003;327:728-11.
- 18 dosReis S, Barnett S, Love R, et al. A guide for managing acute aggressive behaviour of youths in residential and inpatient treatment facilities. *Psychiatr Serv* 2003;54:1357-63.
- 19 Covington H. Use of propofol for sedation in the ICU. *Crit Care Nurse* 1998;18:34-9.
- 20 Mayo-Smith M, Beecher L, Fisher T, et al. Management of alcohol withdrawal delirium. *Arch Intern Med* 2004;64:1405-12.
- 21 Subramaniam K. Delayed neuroexcitatory symptoms following propofol sedation in a patient with polysubstance abuse. *J Clin Anesth* 2003;15:406-7.
- 22 Chia-Yih L, Yeong-Yu J, Hsin Yi L, et al. Efficacy of risperidone in treating the hyperactive symptoms of delirium. *Int Clin Psychopharmacol* 2004;19:165-8.
- 23 Currier G, Chou J, Feifel D, et al. Acute treatment of psychotic agitation: A randomized comparison of oral treatment with risperidone and lorazepam versus intramuscular treatment with haloperidol and lorazepam. *J Clin Psychiatry* 2004;65:386-94.
- 24 * Buckley P. The role of typical and atypical antipsychotic medications in the management of agitation and aggression. *J Clin Psychiatry* 1999;60(Suppl. 10):52-60.
- 25 Angelini G, Ketzler J, Coursin D. Use of propofol and other nonbenzodiazepine sedatives in the intensive care unit. *Crit Care Clin* 2001;17:863-80.

* à lire

** à lire absolument