

*JOURNÉES MÉDICALES FFBB – ANGERS 2025*

# LES URGENCES QUE JE LAISSE OU NON SUR LE TERRAIN

Situations pratiques du médecin de terrain

Dr Jérôme DEVOIZE

Médecine du sport et Urgences / SMUR

CH Saint-Nazaire



PAYS DE LA LOIRE  
BASKETBALL

# LES URGENCES QUE JE LAISSE OU NON SUR LE TERRAIN

## Situations pratiques du médecin de terrain

« AUCUN CONFLIT D'INTERET »

# INTRODUCTION

- Plus de 900 000 traumatismes/an lors des activités sportives en France
  - Basket : 1<sup>ère</sup> place chez les femmes !
- Le basketball est un sport avec des chocs et des contacts importants.
- Médecins et paramédicaux peuvent être amenés à intervenir rapidement pour la prise en charge du traumatisme.



# LES URGENCES QUE JE LAISSE OU NON SUR LE TERRAIN

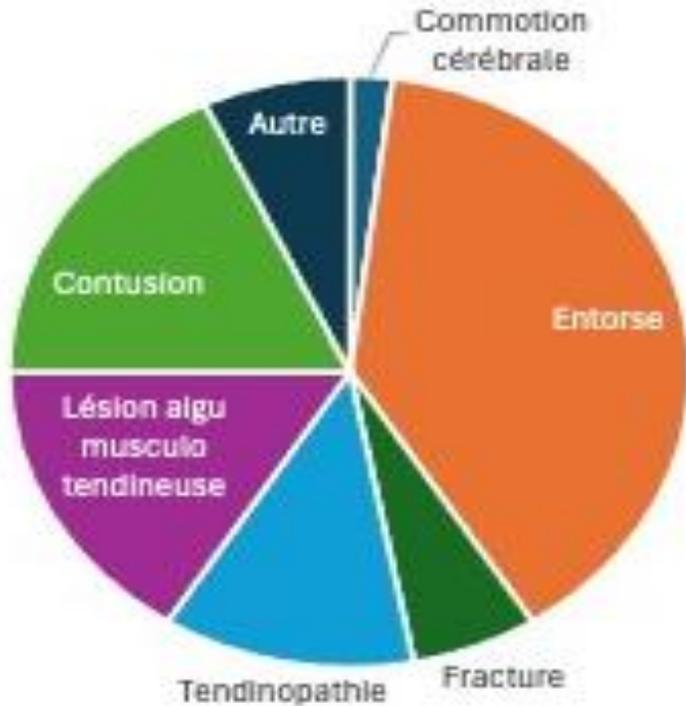
De quelle lésion s'agit-il?

Suis-je capable de prendre en charge ce type de traumatisme?

Ce type de lésion est-il compatible avec une reprise immédiate de la compétition ?



# DE QUELLE LESION S'AGIT-IL?



Types de lésions au Basket Ball



Topographie des lésions

# De quelle lésion s'agit-il?

NE PAS PASSER A COTE D'UNE URGENCE GRAVE



→ *cranio encéphalo vertébro médullaire et cervical*



# Suis-je capable de prendre en charge ce type de traumatisme?

- **Traumatisme de la face**
  - Traumatisme dentaire
  - Plaie de la face
- **Traumatismes des membres**
  - Entorse et luxation doigt
  - Lésions plus sévères, luxations et fractures
- **« Arsenal » antalgique à ma disposition**

# TRAUMATISME DENTAIRE

- Un choc au niveau du menton peut entraîner des fractures des condyles et dentaires
- 1/3 des blessures dentaires liées à la pratique sportive
- Le port d'un protège dents pourrait éviter 200 000 blessures/ an
  - 38% des joueurs en NBA

de sa surface.

- Les genouillères,
- Les protections pour nez cassé même si elles sont faites d'un matériau dur,
- Les protections de dents incolores et transparentes,
- Les lunettes si elles ne présentent aucun danger pour les autres joueurs,
- Les bandeaux de poignet ou de tête d'une largeur maximum de 10 cm.



# TRAUMATISME DENTAIRE



Récupérer la dent expulsée en la maintenant par la couronne



Nettoyer 10 secondes avec du sérum physiologique ... ou de l'eau courante



La replacer immédiatement dans son alvéole



Maintenir la dent en place en serrant avec une compresse



Si réimplantation impossible la conserver dans une compresse humide ( idem si morceaux fracturés)



Premier secours → Réduire le déplacement

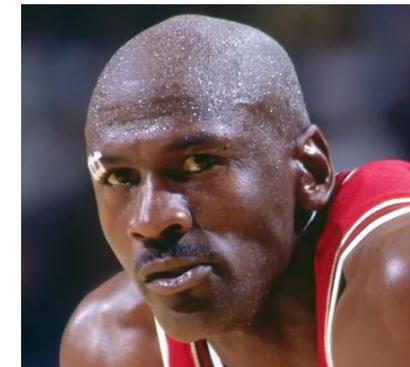
**DANS L'HEURE → EXPULSION**

**DANS LES 24 HEURES → EXTRUSION,  
INTRUSION, LUXATION LATÉRALE**

**APRES 24 HEURES → FRACTURES  
CORONAIRES +/- EXPOSITION  
PULPAIRE**

# PRISE EN CHARGE DES PLAIES

- Illusoire d'explorer de façon correcte une plaie profonde sur le bord du terrain.
- Plaies superficielles peu étendues
  - Plaie rectiligne sans tension dont les berges se rapprochent aisément → **Colle tissulaire, strip adhésif, pansement simple, bandage... en attendant la suture.**



# PRISE EN CHARGE DES PLAIES

- Plaies plus étendues, plus profondes, zone de tension
- → Sutures, agrafes
- → Pansement provisoire en attendant la mi-temps ou la fin du match



# TRAUMATISME DOIGTS LONGS

- **Entorses** → Articulation IPP++ 2<sup>ème</sup> à 4<sup>ème</sup>

- **Entorse antérieure**

- Désinsertion de la plaque palmaire, en hyper extension.
- Douleur antérieure.
- Pas de Laxité → Traitement fonctionnel avec syndactylie
- Hyper laxité ou arrachement osseux → entorse grave  
Immobilisation limitant l'extension en légère flexion à 20°

- **Entorse latérale**

- Stade 1 = bénigne → Syndactylie avec MCP et IPP libre 2 S
- Stade 2 = une rupture ligamentaire → attelle IPP stop en légère flexion pendant 2 à 4 S, puis syndactylie 2 S
- Stade 3, l'articulation est instable → Traitement chirurgical.

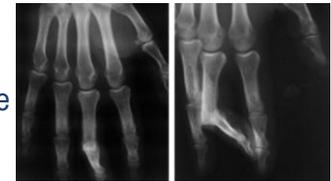


# TRAUMATISME DOIGTS LONGS

- **Luxations de l'articulation inter phalangienne proximale**

Elles sont le plus souvent réduites sur le terrain ... Malgré le risque d'arrachement osseux associé!

- **Luxation dorsale** : La plus fréquente
  - Pas d'instabilité après réduction → attelle "IPP stop" en légère flexion ( flexion-extension possible) 2 S puis syndactylie
  - Si réduction est instable, le traitement est chirurgical ( Fragment osseux > 1/3 de la surface articulaire)
- **Luxation latérale**
  - Lésion le plus souvent le ligament collatéral radial et la plaque palmaire sont lésés
  - Si stable et congruente → attelle dorsale puis syndactylie pendant 3 semaines.
  - Si l'articulation est instable et/ou e laxité > 20 degrés → Traitement chirurgical
- **Luxation palmaire** : Rare
  - Recherche Arrachement osseux ( désinsertion de la bandelette centrale de l'extenseur et/ou désinsertion de la bandelette centrale l'extenseur) . → immobilisation stricte de l'articulation IPP en extension ( IPD libre) , 6S  
Non traitées → Déformation en boutonnière et subluxation chronique



- **Luxations de l'articulation inter phalangienne distale**

- Rares et le plus souvent dorsales. Stabilité post réduction est généralement bonne → Attelle de l'IPD ( IPP libre)

# LES LUXATIONS

- Il n'est « théoriquement » **pas recommandé de réduire une luxation sans contrôle radiographique** préalable
- Mais ...
- Cas particulier : la **luxation tibio talienne** :
  - « Le geste de réduction sans clichés radiographiques préalables doit être réservé à la prise en charge préhospitalière, ou si les clichés ne peuvent pas être réalisés immédiatement alors que l'état de la cheville nécessite une réduction sans délai. »



# LUXATION TIBIO TALIENNE

- → prévenir les phénomènes de souffrance cutané et/ou vasculonerveuse.
- Réduction même partielle peut suffire à prévenir l'apparition de complications, notamment cutanées.
- La technique utilisée est la manœuvre de « l'arrache-botte »
- Pas de contre- indication absolue.
- **Réduction immédiate** et une immobilisation dans une attelle



# LUXATION TIBIO TALIENNE

- Le médecin saisit le talon d'une main et réalise une traction



# QUELLE ANTALGIE SUR LE BORD DU TERRAIN?

CLASSIFICATION DES ANTALGIQUES D'APRES LUSSIER ET BEAULIEU (IASP 2010)	
<p><b>ANTINOCICEPTIFS</b> Douleurs nociceptives</p>	<p><b>NON OPIOIDES</b> : PARACETAMOL <i>et</i> AINS  <b>OPIOIDES FAIBLES</b> : <i>Codéine</i>  <b>OPIOIDES FORT</b> : <i>Morphine, Oxycodone, hydromorphone, fentanyl</i></p>
<p><b>ANTIHYPERALGESIQUES</b> Douleurs neuropathiques centrale ou hyperalgésie</p>	<p><b>ANTAGONISTE NMDA</b> : KETAMINE  <b>ANTIPILEPTIQUES</b> : <i>Gabapentine, Prégabaline, Lamotrigine</i>  <b>NON MORPHINIQUE D'ACTION CENTRALE</b> nefopam</p>
<p><b>MODULATEURS DES CONTROLES INHIBITEURS DESCENDANTS</b> Douleurs neuropathiques ou nociplastiques</p>	<p><b>ANTIDEPRESSEURS TRICYCLIQUES</b> : <i>Amitriptyline Clomipramine</i>  <b>INHIBITEURS DE LA RECAPTURE DE LA SEROTONINE ET DE LA NORADRENALINE(IRSNA)</b> <i>Duloxetine, Venlafaxine</i></p>
<p><b>MODULATEURS DE LA TRANSMISSION ET DE LA SENSIBILISATION PERIPHERIQUE</b> Douleurs neuropathiques périphériques</p>	<p><b>ANESTHESIQUES LOCAUX</b> : <i>Lidocaïne</i>  <b>ANTIPILEPTIQUE</b> : <i>Carbamazépine, oxcarbazépine, topiramate</i>  <b>TOPIQUE DESENSIBILISANT</b> : Capsaïcine topique</p>
<p><b>MIXTES ANTINOCICEPTIFS ET MODULATEURS DES CONTROLES INHIBITEURS DESCENDANTS.</b></p>	<p><b>OPIOIDE FAIBLE</b> : <i>Tramadol</i>  <b>OPIOIDE FORT</b> : <i>Tapentadol</i></p>

# QUELLE ANTALGIE SUR LE BORD DU TERRAIN?

- Il est recommandé d'utiliser **l'échelle numérique pour l'évaluation de la douleur**

Grade 1+ (Accord Fort)

Il n'est probablement pas recommandé d'ajouter systématiquement une dose de paracétamol lorsqu'une titration morphinique est indiquée, dans le but de réduire le délai de soulagement, de diminuer la consommation de morphine, ou de réduire le risque de complication.

Grade 2 - (Accord Fort)

- Aucune étude n'a mis en évidence un retard à la cicatrisation ou une augmentation du risque de rechute suite à la prescription d'AINS

Moretti L, Stalfort J, Barker TH, et al (2022) The interplay of fibroblasts, the extracellular matrix, and inflammation in scar formation. J Biol Chem 298:101530

# QUELLE ANTALGIE SUR LE BORD DU TERRAIN ?

- **Non-opioïdes : Néfopam**
- **Aucune recommandation** dans la RFE 2024 de la SMFU ni dans les recommandations 2020 de la Société européenne de la médecine d'urgence (EUSEM)
- NEFOPAM 30mg cp a un SMR modéré et ASMR V (remboursé 35%)
- Risque de pharmaco dépendance

# QUELLE ANTALGIE SUR LE BORD DU TERRAIN ?

## Opioides faibles

### Codéine et Tramadol

Pas de supériorité par rapport aux antalgiques de palier 1 ou 3 <sup>1</sup>

Risque accru de mésusage

Etude en Espagne sur des patients ayant eu de la codéine ou du tramadol : risque plus important de mortalité toute causes (HR :2,31, IC 95% [2,08-2,56]), d'événements cardiovasculaires (HR :1,15, IC 95% [1,051,27]) et de fractures HR : 1,50, IC 95% [1,37- 1,65]) 161

→ Depuis le 01/03/2025 : ordonnance sécurisée !

1. Naghipour B, Pouraghaei M, Tabatabaey A, et al (2020) Comparison of ketamine and tramadol in management of acute pain; a systematic review. Arch Acad Emerg Med 8:e68

# QUELLE ANTALGIE SUR LE BORD DU TERRAIN ?

Il faut probablement privilégier les **opioïdes forts** aux opioïdes faibles dans le traitement des douleurs aiguës aux urgences et en préhospitalier pour optimiser l'efficacité tout en diminuant les effets secondaires.

Grade 2+ (Accord Fort)

Il n'est pas recommandé d'ajouter de la codéine ou du tramadol lorsqu'une titration morphinique est recommandée, dans le but de réduire le délai de soulagement, de diminuer la consommation de morphine, ou de réduire le risque de complication.

Grade 1- (Accord Fort)

# QUELLE ANTALGIE SUR LE BORD DU TERRAIN ?

## Opioides forts

- Les experts suggèrent **d'utiliser la morphine en titration IV**, plutôt qu'en dose unique, pour les patients naïfs en morphine ayant une douleur aiguë aux urgences.

Avis d'expert (Accord Fort)

- Bolus de 3 mg de morphine (2 mg de morphine pour les  $\leq 60$  kg) toutes les 5 minutes permettent le soulagement de la majorité des patients
- Tous patients recevant une titration morphinique doit être surveillé incluant principalement la surveillance de l'état de conscience, fréquence respiratoire et évaluation de la douleur.

Lvovschi V, Aubrun F, Bonnet P, et al (2008) Intravenous morphine titration to treat severe pain in the ED. Am J Emerg Med 26:676–682

# QUELLE ANTALGIE SUR LE BORD DU TERRAIN ?

## Sufentanil intranasal

- Etude vs Morphine IV sur la baisse de l'EVA à 30min sur 136 patients :  
-5,2 pour le sufentanil (IC 97,5% [-5,7 ; -4,6]) vs -4,1 pour la morphine (IC 97,5% [-4,6 ; -3,6] ( $p < 0,001$ )).<sup>11</sup>
- Etude de 2024 de supériorité vs AINS et paracétamol chez le patient traumatisé <24h et EVA >7, meilleure antalgie réduction de l'EVA à 3 (IC 97,5% [1,7 ; 5]) vs 1,5 (IC 97,5% [0,9 ; 3]) ;  $p < 0,001$ ) mais plus d'effets indésirables non graves (71% vs 23% ;  $p < 0,001$ )<sup>12</sup>
- **Il faut probablement proposer le Sufentanil par la voie intranasale**, chez les patients adultes consultant aux urgences pour une douleur aiguë

Grade 2+ (Accord Fort)

<sup>11</sup> Blancher M, Maignan M, Clapé C, et al (2019) Intranasal sufentanil versus intravenous morphine for acute severe trauma pain: a double-blind randomized non-inferiority study. PLoS Med 16:e1002849

<sup>12</sup> Malinverni S, Kreps B, Lucaccioni T, et al (2024) Effect of intranasal sufentanil on acute post-traumatic pain in the emergency department: a randomised controlled trial. Emerg Med J EMJ41:83–88

# QUELLE ANTALGIE SUR LE BORD DU TERRAIN ?

## Antagoniste NMDA : Kétamine

- Les experts suggèrent que la kétamine puisse être utilisée en première ligne en alternative à la morphine à dose analgésique (0,15 à 0,3 mg/kg en IV lente sur 15 minutes)

Avis d'expert (Accord fort)

- Les experts suggèrent de discuter l'ajout d'une dose de kétamine à but antalgique (0,2 mg/kg) pendant une titration morphinique insuffisamment efficace, dans le but d'améliorer la réduction d'intensité de la douleur

Avis d'experts (Accord Fort)

- Efficace au bout de 1 à 3min et durant 60 à 90min

# QUELLE ANTALGIE SUR LE BORD DU TERRAIN ?

## Autres antalgies

- **MEOPA**

- Il est probablement recommandé d'utiliser le MEOPA à la phase initiale, seule ou en association pour les patients traumatisés douloureux ou lors d'un soin douloureux.

Grade 2 + (Accord Fort)

- **METHOXYFLURANE (PENTHROX)**

- Il est probablement recommandé d'utiliser le methoxyflurane à la phase initiale, seule ou en association pour les patients traumatisés avec une douleur modérée à sévère

Grade 2+ (Accord Fort)

- À l'AMM dans le soulagement d'urgence des douleurs modérées à sévères associées à un traumatisme chez des patients adultes conscients depuis 2016
- Soulagement de la douleur est rapide ( environ 2 minutes). Il n'existe aucun effet dépressif important sur la fonction respiratoire ou cardiaque.



# QUELLE ANTALGIE SUR LE BORD DU TERRAIN ?

## Pour résumer à la phase Aigue :

- **Douleur modérée** : Palier 1 et Glaçage
- **Douleur intense** : Palier 3 +/- METHOXYFLURANE.  
Voie per os ++

# MERCI POUR VOTRE ATTENTION !



# BIBLIOGRAPHIE

1. Colville MR, Colville JM, Manoli A. Posteromedial dislocation of the ankle without fracture. *J Bone Joint Surg Am* 1987 ; 69 : 706-11.
2. Frey A. Prise en charge d'un traumatisme de la cheville en urgence chez l'adulte ; Congrès Urgences 2003, Paris.
3. Andreasen JO, Andreasen FM, Andersson L. Textbook and Color Atlas of Traumatic Injuries to the Teeth (4th ed). Oxford : Blackwell, 2007.
4. Moretti L, Stalfort J, Barker TH, et al (2022) The interplay of fibroblasts, the extracellular matrix, and inflammation in scar formation. *J Biol Chem* 298:101530
5. Naghipour B, Pouraghaei M, Tabatabaey A, et al (2020) Comparison of ketamine and tramadol in management of acute pain; a systematic review. *Arch Acad Emerg Med* 8:e68
6. Oguzturk H, Ozgur D, Turtay MG, et al (2012) Tramadol or paracetamol do not effect the diagnostic accuracy of acute abdominal pain with significant pain relief - a prospective Randomized, placebo controlled double blind study. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 16:1983–1988
7. Machado-Alba JE, Serna-Echeverri LS, Valladales-Restrepo LF, et al (2020) Use of tramadol or other analgesics in patients treated in the emergency department as a risk factor for opioid use. *Pain Res Manag* 2020:8847777
8. Mullins PM, Mazer-Amirshahi M, Pourmand A, et al (2022) Tramadol use in united states emergency departments 2007-2018. *J Emerg Med* 62:668–674
9. Xe J, Strauss VY, Martinez-Laguna D, et al (2021) Association of Tramadol vs Codeine Prescription Dispensation With Mortality and Other Adverse Clinical Outcomes. *JAMA* 326:1504–

# BIBLIOGRAPHIE

- 10 Lvovschi V, Aubrun F, Bonnet P, et al (2008) Intravenous morphine titration to treat severe pain in the ED. *Am J Emerg Med* 26:676–682
- 11 Blancher M, Maignan M, Clapé C, et al (2019) Intranasal sufentanil versus intravenous morphine for acute severe trauma pain: a double-blind randomized non-inferiority study. *PLoS Med* 16:e1002849
- 12 Malinverni S, Kreps B, Lucaccioni T, et al (2024) Effect of intranasal sufentanil on acute post-traumatic pain in the emergency department: a randomised controlled trial. *Emerg Med J EMJ* 41:83–88



2 rue Paul Gauguin - 44800 SAINT HERBLAIN

secretariat@pdlbasket.fr

02.51.78.85.85

PAYS DE LA LOIRE BASKETBALL

