

URGENCES TRAUMATOLOGIQUES

Docteur V. MOLINA - CCA
Service d'Orthopédie, Centre Hospitalier de Bicêtre
94275 Le Kremlin Bicêtre Cedex

INTRODUCTION

Les lésions orthopédiques chez le patient polytraumatisé passent après le traitement des détresses vitales sauf certaines fractures du bassin pouvant mettre en jeu le pronostic vital.

1. TRAUMATISME DES MEMBRES

L'efficacité de la prise en charge se juge non plus en terme de pronostic vital mais en terme de pronostic fonctionnel. Cet élément est important à prendre en compte, car les polytraumatisés sont en moyenne jeune.

Des séquelles dramatiques peuvent être évitées par une prise en charge précise de ces patients.

2. PRISE EN CHARGE INITIALE

Dès la prise en charge initiale, toutes les fractures cliniques évidentes seront immobilisées. L'état cutané est contrôlé, si le patient est conscient la mobilité distale du membre est vérifiée, et les pouls d'aval sont palpés.

Si la fracture est ouverte, la plaie est couverte avec un pansement stérile contenant un antiseptique.

En l'absence de fracture évidente, les quatre membres seront palpés, les plaies seront couvertes avec examens neurologiques succincts si les plaies sont importantes.

Les luxations seront recherchées (déformation d'un segment de membre). Les pouls et la mobilité distale seront contrôlés.

Aucune réduction ne sera tentée en l'absence de radio.

En cas d'absence de pouls et de signe d'ischémie d'un membre, le patient doit être orienté d'emblée dans un centre hospitalier avec un plateau technique de radio et de chirurgie vasculaire pour ne pas lui faire perdre un temps précieux.

3. A L' ARRIVÉE EN MILIEU HOSPITALIER

L'examen des membres sera fait par le chirurgien orthopédiste et le réanimateur.

Sur un patient conscient ou non il faut :

- palper tous les segments osseux pour ne pas passer à côté de fractures plus discrètes,
- mobiliser doucement toutes les articulations,
- apprécier l'état cutané (face dorsale ++) pour rechercher des plaies, des signes de souffrance cutanée (peau luisante, phlyctènes),
- palper les pouls,
- faire un examen neurologique complet si le patient est conscient, sinon se renseigner sur l'état initial,
- tous les pansements seront refaits après nettoyage des plaies,
- l'antibiothérapie prophylactique sera débutée, et les VAT mis à jour.

Le bilan radiologique standard comporte toujours des radios du rachis cervical, dorsal et lombaire de face et de profil et une radio de l'odontoïde bouche ouverte chez le patient conscient, ainsi qu'une radio de bassin de face.

Les autres radios des membres seront demandées en fonction de la clinique.

Certains principes doivent être respectés :

- réalisation d'au moins deux incidences orthogonales,
- radio des articulations sus et sous jacentes pour les fractures des diaphyses,
- même en cas d'urgence, les radios doivent être bien faites et interprétables.

4. PRISE EN CHARGE DES LÉSIONS DES MEMBRES

Le but du traitement des lésions des membres est de réduire le foyer de fracture ou la luxation, de stabiliser les foyers fracturaires.

Les fractures ouvertes ou avec souffrances cutanées sont urgentes. On doit garder en tête l'importance du traitement chirurgical urgent si possible dans les 6 heures en fonction de la prise en charge globale des détresses vitales.

Les fractures avec lésions vasculaires seront stabilisées par fixateur externe moyen le plus rapide, puis la lésion vasculaire sera traitée.

En cas de contre indication chirurgicale, toutes les plaies seront parées et suturées et les fractures immobilisées au mieux.

Les fractures qui n'avaient pas pu être ostéosynthésées initialement devront l'être le plus rapidement possible (< 3ème jour) car ensuite les complications générales vont survenir rendant l'intervention chirurgicale impossible ou risquée.

5. LES LÉSIONS DU RACHIS

Tout polytraumatisé est traumatisé du rachis jusqu'à preuve du contraire.

Les traumatismes du rachis sont fréquents, chez les polytraumatisés, et posent de nombreux problèmes de prise en charge en raison des associations lésionnelles fréquentes, de l'atteinte médullaire parfois associée et de la nécessité d'un traitement chirurgical urgent dans grand nombre de cas.

Certain cas de lésions médullaires se constituent secondairement, lors du transport ou de la phase hospitalière initiale.

Donc les traumatismes du rachis ne doivent pas être sous estimés.

Dès le ramassage, un collier cervical rigide sera mis en place et le blessé sera manipulé en monobloc.

Si le patient doit être sédaté, un examen neurologique rapide mais précis doit être fait. Il faut s'aider du score neurologique de l'ASIA qui est reproductible, fiable, rapide et facile.

A l'arrivée en milieu hospitalier, le rachis doit être palpé dans son ensemble sans mobiliser le blessé.

L'examen neurologique doit être rapide, mais complet, si possible avant la sédation du blessé, mais souvent le blessé arrive intubé, ventilé, d'où l'importance du 1er examen neurologique.

Le score neurologique de l'ASIA permet de définir le caractère complet ou incomplet du déficit, d'apprécier sa gravité et d'avoir une surveillance fiable.

Les radiographies de tout le rachis sont réalisées, en sattachant à bien explorer les zones douloureuses décelées à l'examen clinique.

Certaines régions sont difficiles à explorer, c'est le cas du rachis cervical supérieur (charnière CO-C1, odontoïde, la charnière C7-D1 et le rachis dorsal).

Les radios doivent dégager le rachis cervical jusqu'en C7-D1.

La réalisation de coupes millimétriques avec reconstruction sur les charnières CO-C1 et C7- D1 sont systématiques.

Le scanner sera fait sur les fractures détectées sur les radios. Il permet de déterminer le type de lésion, leur étendue, leur stabilité et la présence de fragment intra-canalair.

6. QUELQUES PRINCIPES SUR LES INDICATIONS CHIRURGICALES EN URGENCES SUR LE RACHIS

La décompression chirurgicale et stabilisation sont urgentes dans les cas suivants :

- lésions cervicales instables avec déficit neurologique complet ou incomplet,
- lésions du rachis lombaire avec déficit neurologique non radiculaire,
- lésions dorsales avec déficit neurologique incomplet.

En cas de lésions dorsales avec déficit neurologique complet, beaucoup n'opèrent pas en urgences ces blessés, étant donné l'absence de récupération sur le plan neurologique et le risque vital en urgence,

Les lésions rachidiennes instables sans atteinte neurologique seront opérées dès que l'état du blessé le permettra.

Pendant la période préopératoire, le patient sera mobilisé en monobloc strict avec un collier cervical.

7. TRAUMATISMES DU BASSIN

Les traumatismes du bassin sont fréquents et touchent surtout l'adulte jeune au cours d'AVP et d'accident du travail. Ils sont le fait de traumatismes à haute énergie. Ceci explique qu'ils s'intègrent dans le cadre d'un polytraumatisme dans 2 cas sur 3 avec des associations lésionnelles fréquentes telles que lésions viscérales, crâniennes, thoraciques et squelettiques.

Les lésions du bassin peuvent s'accompagner d'un choc hémorragique sévère (40 à 60 % de mortalité précoce). Si l'artériographie-embolisation n'est pas réalisable, une stabilisation en urgence par clan de Ganz (un sur la région parisienne !) ou par fixateur externe doit être réalisée, ceci permet de réduire le saignement par fermeture des surfaces fracturaires et articulaires. L'artériographie associée a une embolisation diminue le saignement en obturant les vaisseaux rompus. Elle est efficace dans 85 à 95 % des cas. En dehors de l'urgence hémodynamique, les incidences de Pennal (bassin ouvert,

« outlet » et bassin fermé, « inlet ») permettront une analyse des lésions antérieures et postérieures. Un scanner pelvien permettra de compléter ces explorations.

Les fractures, par compression antéro-postérieure ou cisaillement vertical, sont celles qui entraînent le plus des complications hémorragiques. En cas de lésions postérieures, il y a dans 15 à 18 % des cas des lésions artérielles associées.

Les traumatismes du bassin peuvent être aussi accompagnés de lésions périnéales (8 % des cas). Il faut donc faire un toucher rectal et vaginal. Leur présence complique le pronostic, elles peuvent être à l'origine d'un saignement plus important et transforment ces fractures en fractures ouvertes, avec un risque infectieux accru. Des lésions cutanées peuvent accompagner les fractures de l'anneau pelvien, sous forme de décollements sous cutanés, qui augmentent le risque infectieux. Dans 14 % des cas, il existe des lésions neurologiques compliquant ces fractures. Il s'agit souvent d'une atteinte tronculaire. Enfin, des lésions urologiques sont présentes dans 5 à 25 % des cas, surtout chez l'homme. La rupture urétrale est la lésion la plus fréquente.

Les lésions de l'anneau pelvien sont graves, à cause du risque hémorragique et de toutes les complications qu'elles entraînent. Elles nécessitent donc une prise en charge multidisciplinaire.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bone. L. Johnson, K, Weigelt. J et coll. Early vs delayed stabilization of fractures : a prospective randomized study. *J. Bone Joint Surg. Am.*, 1989, 71, 336.
2. Mutschler W. Le polytraumatisé ; Cahiers d'enseignement de la SOFCOT, 1996 : 67-77. Expansion scientifique Française
3. Laplace.C, Duranteau. J, Court. C, Sales. JP, Nordin. JY. Polytraumatisme de l'adulte, stratégie de la prise en charge hospitalière. *Encyclopédie médico-chirurgicale, appareil locomoteur*, 14-033-A-10
4. Kreipke DL, Gillespie KR, McCarthy MC, Mail JT, Lappas JC, Broadie TA. Reliability of indications for cervical spine films in trauma patients. *J Trauma* 1989; 29: 1438-1439
5. Josten. Ch, David. A. Mesures d'urgence dans les lésions complexes de l'anneau pelvien. *Rev Chirorthop*, 1997, 83 suppli III, 66-69.
6. Cryer HM, Miller FB, Evers BM, Rouben LR, Seligson D. Pelvic fractures classification: corrélation with hemorrhage. *J Trauma* 1988; 28: 973-979
7. Dujardin F, Beccari.R, Benzimra, Thomine JM. Complications vasculaires des fractures du bassin. *Rev Chirorthop* 1997,83 suppli III ,69-7
8. Nordin. JY, Court Ch. Indications thérapeutiques des fractures du bassin. *Rev Chirorthop* 1997,83 suppli III. 99-102