

TRAUMATISME DES MEMBRES

GRAVITE ET COMPLICATIONS

Eléments de gravité

- Detresse circulatoire par hypovolémie (hématome fracturaire)
- syndrome de compression des loges (disparition de la ss et des pouls distaux)
- embolie graisseuse (fractures des os longs)
- fractures ouvertes (classification de Cauchoix et Duparc)

Complications à rechercher en cas de traumatisme des membres

- Complications :
- fracture diaphysaire fémorale et tibiale : hématome périfracture. => hypovolémie en 6 à 8 heures.
 - fracture diaphysaire de l'os long : risque
 - embolie graisseuse.
 - Complications infectieuses : si fracture ouverte ++
 - Séquelles fonctionnelles à distance si abstention thérapeutique initiale.
 - Thromboembolique postopératoire

DIAGNOSTIC

- **Il est clinique :**
 - douleur spontanée et exquise provoquée
 - mobilité anormale et/ou impotence fonctionnelle.
 - fracture déplacée : déformation
 - hématome fracturaire.
 - fracture ouverte :
 - plaie
 - perte de substance
 - hémorragie
 - plaie articulaire
 - délabrement du membre.
 - signes périphériques :
 - recherche de complication vasculo-nerveuses.
 - Rechercher pouls distaux !!!
- Plus difficile si lésions profondes.
- Confirmé sur radio

Donner la classification de Cauchoix ?

Classification de CAUCHOIS : classification des fractures ouvertes

1. ouverture punctiforme
2. ouverture des plusieurs cm + décollement sous-cutané (parage + suture)
3. plaie avec délabrement musculo-cutané et osseux (pas de fermeture)
4. grand délabrement de membre

PARTICULARITE QUAND LE TRAUMATISME SURVIENT DANS UN CONTEXTE DE POLYTRAUMATISME

- Isolé : pas de problème.
- Polytraumatisme :
Diagnostic parfois difficile (surtout si coma).
= 75 % des lésions oubliées chez le polytraumatisé.
- Au 2ème plan initialement :
 - crâne
 - thorax
 - abdomen.
- Séquelles à distance si :
 - Méconnaissance des lésions,
 - Erreur d'indication

CONDUITE A TENIR PREHOSPITALIERE

- **Rechercher une urgence vitale et la ttt**
- **Autres éléments spécifiques :**
 - Réduction de fracture déplacée et immobilisation par attelle ou matelas à dépression
 - Analgésie-sédation : Entonox, Fentanyl 50 à 100 mcg en ivd ± Hypnovel 2,5 à 5 mg en ivd
 - Fracture de la diaphyse fémorale : bloc crural avec 20 ml de Xylocaïne à 1%
 - Plaie ou délabrement cutané : ATB par Augmentin 2g en ivd et emballer les plaies ds des compresses bétadinées
 - Section de membre : garrot pneumatique ou mieux : pansement compressif + surélévation du membre
 - Amputation de dégagement si désincarcération impossible et le membre amputé est entouré d'un champ puis placé ds un sac plastique déposé sur la glace contenue ds un 2^{ème} sac plastique
- **Surveillance pdt le transport** : FR, SpO2, p° d'exsufflation, ETCO2, conscience, FC, hémocue, PA, auscultation cardiopulm, scope
- **Transport systématique en milieu hospitalier** ds un service de réa ou de chir orthopédique ou directement au bloc si état de choc persistant malgré le ttt

CONDUITE A TENIR SPECIFIQUE

Traitement spécifique	Important
<p>■ Stratégie de traitement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • différencier lésions isolées, multiples et polytraumatiques. • traitement urgent : <ul style="list-style-type: none"> - réduction luxation, - fracture ouverte, - trouble vasculo-nerveux. ■ Stratégie chez le polytraumatisé : <ul style="list-style-type: none"> - bilan préopératoire extensif et monitoring invasif. - traitement prioritaire des lésions vitales. - Si trauma thoracique : fixation tardive - Si pas de trauma thoracique : fixation précoce - Idéal : traitement en un temps de toutes les lésions y compris orthopédiques. - Mais chirurgie orthopédique : long, hémorragique, => délétère si trauma crânien ou contusion pulmonaire (chirurgie avec garrot : augmentation PIC si TC) - Décision au cas par cas. - Fixation précoce si possible. ■ Traitement des fractures fermées de membres : <ul style="list-style-type: none"> • Traitement orthopédique : fracture pas ou peu déplacée + risque mineure de déplacement liaire • Fixation chir : reconstruct° anatomique solide + kiné précoce • lésions vasculaires : <ul style="list-style-type: none"> - voie d'abord vasculaire prédominante + installation pour prélèvement de greffon saphène - en premier : stabilisation os puis artère - si perte de substance ou décollement très important : montage vasculaire extra anatomique ■ Traitement fractures ouvertes des membres : <ul style="list-style-type: none"> - prévention tétanos et infection anaérobie - parage plaie : 1° stade obligatoire - Cauchoix 1-2 : ostéosynthèse (clou-plaque) - Cauchoix 3-4 : fixateurs externes ■ Antibiotiques et fracture du membre : <ul style="list-style-type: none"> • fracture fermée et chirurgie : antibioprophylaxie contre staphylocoques (lactamines : Oxacilline ®, Céfamandol®, Céfazoline ® ; Si allergie : Lincocine ®, Clinda (Dalacine ®), voire Vancomycine ®. injectée 30 à 60 minutes avant incision. durée : 24-48 h • Fracture ouverte : Antibiotiques : anti Staphylocoques ; anti anaérobies : Augmentin ® ou association Dalacine ® + Gentamicine ® injectée 30 à 60 minutes avant incision. durée du traitement : 24 à 48 heures. 	<p>■ Important</p> <ul style="list-style-type: none"> - tjrs rech des complications vasc ou nerv - l'examen clinique doit être rigoureux - une hypovolémie sévère peut se dvp du fait de la constitution d'hématomes fracturaires - la tachycardie peut être remplacée par une bradycardie paradoxale signifiant une grande hypovolémie centrale dt le seul ttt est le remplissage rapide. ■ si contusion musculaire = rhabdomyolyse krt / destruction des cellules musculaires, relargage de K+, myoglobine, CPK, phosphore => auto-entretenu et extensif (œdème par ischémie et précipitation ; embolie graisseuse) ✳ pr le ttt ne pas oublier en préhospitalier de désinfecter et de faire si nécessaire t pansement compressif, immobilisation et réduction si fracture ouverte : SAT, VAT, ATB ✳ En cas de rhabdomyolyse traumatique = crush synd, synd des loge <ul style="list-style-type: none"> - csqcs : acidose, choc, hyperkaliémie à, IRA entraînant la mort p par asphyxie - diagnostic clinique difficile - diagnostic biologique : CPK, myoglobine - ttt médical : <ul style="list-style-type: none"> ◦ <u>avt décompression :</u> O2 + remplissage préventif par macroml (500-1000cc) avt désincarcération (attention : gêne au retour veineux → désamorçage lors de la décompression) Si trble de la csce et DR : IOT le plus précocément possible au cours de la désincarcérat° après induction à l'Etomidate ou la Kétamine = VM avec FiO2 =1 ◦ <u>Après décompression</u> Continuer remplissage avec pr objectif PAS = 80 mmHg , trble de csce – DR → analgésie-intubation ◦ <u>Si pas grave :</u> <ul style="list-style-type: none"> - Analgésie-sédation - Prévention de l'IRA+ de ↑K : poursuite du remplissage par RL (1000ml)+Lasilix 1mg/kg en ivd, ttt de l'hyperkaliémie à par gluconate de ca à 10% (10-30ml en ivl) (effet immédiat) Puis passer au bicarb mlaire (8,4%) 1 ml/kg100cc - Protection thermique, psychologique, sonde gastrique, ATB, garrot pneumatique si dégagement tardif > 6h = dernier recours, amputation de dégagement si désincarcération impossible - ttt chirurgical : aponévrotomie de decharge