

Entretiens
de Bichat
Chirurgie
12 sept. 2006
Amphi C
12 h 15

Les urgences mains vues sur le terrain

E. Masmejean*, F. Wallach**, T. Gregory***, M. Vercoutère**

* Chirurgien des Hôpitaux de Paris, Chef de l'Unité de Chirurgie de la main et des nerfs périphériques.
Unité de Chirurgie de la Main et des Nerfs Périphériques, Service de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique,
AP-HP, Hôpital Européen Georges Pompidou (HEGP), 20, rue Leblanc, 75908 PARIS cedex 15
Coordinateur Régionale de la Fédération Européenne des Services d'Urgences Mains (FESUM). N° Indigo 0825 00 22 21.

** Chef de Clinique Assistant.

*** Chef de Clinique Assistant, Lauréat du concours de la médaille d'or de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris.
Diplômé de l'Ecole Normale Supérieure de la rue d'Ulm.

INTRODUCTION

La traumatologie de la main représente une part importante des urgences chirurgicales (25 p. cent). Elle est la cause d'arrêts de travail prolongés, de déclassements professionnels, de dépenses de santé importantes, de pensions d'invalidité élevées. La prise en charge rapide dans des centres spécialisés des cas graves est hautement souhaitable. Un réseau national étendu existe. Il s'étend actuellement à une partie de l'Europe (Fédération Européenne des Services Urgences Mains).

La prise en charge initiale de ces urgences sur le terrain est une étape essentielle de la chaîne de qualité. Cette prise en charge conditionne largement le pronostic final. En outre, le praticien de terrain doit faire la part entre l'urgence qu'il va pouvoir prendre en charge et l'urgence qu'il devra adresser sans délai à un centre spécialisé dans les meilleures conditions possibles.

ÉPIDÉMIOLOGIE - STRUCTURES ACTUELLES DE PRISE EN CHARGE SPÉCIALISÉES

D'après un rapport de la Fédération Européenne des Services d'Urgences Mains (FESUM) de 2002 sur les urgences mains vues dans les centres spécialisés, 28 p. cent sont des accidents du travail, 38 p. cent sont des accidents domestiques et 15 p. cent des accidents de sport.

Il y a en France, 50 p. cent de traumatismes fermés, 44 p. cent de traumatismes ouverts et 6 p. cent d'urgences septiques. Parmi toutes les urgences vues,

seulement 45 p. cent nécessitent un traitement chirurgical et dont moins de la moitié nécessite une chirurgie ultra-spécialisée (microchirurgie des nerfs et des vaisseaux, réimplantations, chirurgie des tendons fléchisseurs, ostéosynthèse des os de la main...). Il y a donc une place réelle pour la prise en charge sur le terrain d'une partie des traumatismes de la main.

La FESUM compte actuellement plus de 45 centres affiliés en France. Elle a mis en place un numéro indigo (0 825 00 22 21) qui permet d'obtenir des renseignements sur le centre FESUM le plus proche. La liste des centres est également disponible sur Internet à l'adresse suivante: http://www.gem-sfcm.org/info_patient/fesum.htm.

ÉVALUATION DE LA GRAVITÉ

L'examen clinique de la main permet à lui seul le plus souvent d'évaluer la gravité de la lésion. Sur le terrain, aucun examen complémentaire n'est habituellement nécessaire pour définir la gravité du traumatisme. En revanche, dans un cadre de soins, le bilan complémentaire, notamment radiographique, permet de définir les lésions anatomopathologiques exactes, et donc de proposer le traitement le plus approprié.

Cet état de fait, s'il permet un diagnostic rapide, demande aussi que les médecins de terrain soient formés à ce type d'urgence afin de pouvoir soigner et/ou orienter le patient vers la structure de soins la mieux adaptée. En pratique, il faut évaluer le degré de complexité de la prise en charge, ainsi que le niveau d'urgence, immédiat ou différé.

104/Orthopédie

L'interrogatoire comporte deux parties. D'une part, les informations sur le patient doivent être enregistrées : âge, sexe, profession manuelle ou non, activités de loisir manuelle ou non, tabagisme, état vaccinal. D'autre part, l'interrogatoire s'intéresse aux circonstances de l'accident et à ses conséquences : mécanisme, type d'accident (travail, sportif, loisir,...), objet contendant en cas de plaie,...

L'examen comporte l'inspection et l'examen proprement dit. L'inspection définit la déformation, le type de plaie et évalue la gravité (souillure, profondeur). Ensuite, la palpation recherche un déficit moteur, et/ou vasculonerveux.

Ainsi, on doit rapidement évaluer la gravité de la lésion, et distinguer trois situations :

- Une lésion de gravité évidente qui doit être adressée dans un centre SOS Mains.
- Une lésion bénigne.
- Une situation douteuse, où le diagnostic est imprécis.

SOS Mains

En dehors des amputations et des brûlures du troisième degré, qui sont de toute évidence des urgences extrêmes, existent d'autres cas d'Urgence Mains qui doivent être connues du Praticien de terrain :

Parmi les plaies, la section tendineuse, notamment des tendons fléchisseurs, justifie une prise en charge spécifique rapide.

Le doigt d'alliance ou « ring finger » est une avulsion du doigt à sa base par traction sur une bague. Le doigt peut être amputé complètement ou partiellement, avec dévascularisation.

Une hypoesthésie en aval d'une plaie de la main signe une section nerveuse qui nécessite un acte de microchirurgie qui ne peut être réalisé que dans un centre spécialisé. Les morsures étendues sont également des urgences spécialisées.

Lors d'un traumatisme fermé, toute déformation ostéo-articulaire (fracture, luxation) justifie une prise en charge dans un centre spécialisé.

Lésion bénigne

Une plaie qui ne passe pas le derme, une plaie pulpaire superficielle, une plaie en dehors d'un trajet d'un élément noble, ou un traumatisme fermé sans déficit sont a priori des lésions bénignes qui peuvent être prise en charge soit au cabinet, soit aux urgences. Une consultation spécialisée, après 48 ou 72 h, est néanmoins parfois souhaitable.

Plaie douteuse

C'est dans ce cas que le risque de passer à côté d'une lésion grave est le plus important.

Dans le doute, une plaie sur le trajet d'un élément noble (artère, nerf, tendon) doit être explorée au bloc opératoire. Il peut exister une section tendineuse partielle, sans déficit moteur, avec un risque important de rupture secondaire ; une section nerveuse incomplète, sans déficit sensitif ou une section artérielle sans dévascularisation « vraie ».

Il faut tout particulièrement se méfier des plaies par verre, fréquentes, qui peuvent faire des lésions très profondes par une plaie peu étendue.

PRISE EN CHARGE SUR LE TERRAIN

Après une évaluation rapide de la gravité, il convient de réaliser les bons gestes qui débutent dès la prise en charge sur le terrain. Le premier pansement est une étape essentielle de la chaîne qualité des soins. Il est précédé par un lavage de la main blessée, si possible sous l'eau du robinet, avec un savon type savon de Marseille, afin de procéder à une première « déterision » des éléments qui souillent la main.

Conduite à tenir devant un saignement

Même si le saignement est en jet, comme cela peut être le cas dans les plaies des artères du poignet, ou s'il existe une amputation complète d'une partie de la main, le garrot n'est jamais recommandé. Il faut réaliser un pansement compressif qui vient toujours à bout du saignement, quitte à le renforcer en 2 ou 3 fois.

Conduite à tenir devant une amputation

Après avoir fait un pansement compressif sur le segment proximal, le segment distal doit être conservé au frais, enveloppé d'un linge humide, l'idéal étant un frigo. Sinon la conservation peut se faire dans deux sacs plastiques fermés de façon étanche et posés dans un sac de glace. Le segment amputé ne doit jamais être au contact de la glace au risque de diminuer les chances de succès d'une replantation.

Conduite à tenir devant une brûlure

La main doit être mise sous l'eau du robinet, et rincée abondamment. La gravité est évaluée sur la surface brûlée et le degré de la brûlure. Il faut se renseigner le plus précisément possible sur le type d'agent (base, acide).

Après avoir réalisé un pansement gras ou type interface (Urgotol®), les brûlures du deuxième degré profond ou du troisième degré doivent être suivies de près, notamment en cas de brûlure circonférentielle, à cause du risque de rétractions cutanées et de syndrome de loges de la main. Un avis spécialisé est souvent nécessaire en urgence.

Conduite à tenir devant une luxation

La luxation d'une articulation digitale interphalangienne est une lésion fréquente, notamment en pratique sportive. En règle générale, toute déformation (fracture, luxation) peut bénéficier d'une tentative de réduction par traction douce axiale, et sans comporter de véritable risque. La réduction ne dispense pas d'une radiographie pour vérifier l'absence de fracture associée.

La luxation métacarpophalangienne dorsale du pouce se réduit plus difficilement par la manœuvre de Farabeuf : mise en hyperextension suivie d'une traction, mise en flexion. La fréquence des incarceratedions de la plaque palmaire nécessite souvent une réduction chirurgicale en cas d'échec de la réduction en urgence.

Une luxation souvent méconnue est la luxation carpo métacarpienne, qui survient le plus souvent sur les métacarpiens ulnaires après un coup de poing. La clinique est trompeuse avec une main œdématisée dans son ensemble, sans déficit objectivable. Seule la palpation de la base des métacarpiens permet de penser au diagnostic, par une sensation de touche de piano, et les radiographies réalisées en routine ne montrent pas bien la luxation. Il faut demander une radiographie de profil et/ou de trois quarts pour confirmer le diagnostic.

En urgence, il faut immobiliser la main dans une attelle.

Le traitement est une réduction chirurgicale de la luxation avec brochage, car celle-ci est particulièrement instable. Il est réalisé au mieux dans un centre SOS Mains.

Conduite à tenir devant un traumatisme de la colonne du pouce

Une lésion fréquente et souvent méconnue : l'entorse de l'articulation métacarpo phalangienne du pouce. Il faut savoir la rechercher devant des douleurs du pouce, notamment à la face palmaire ou à la face médiale de l'articulation. Fréquente lors d'un accident de ski, le test de prendre une bouteille pleine dans la main est intéressant. Si c'est impos-

sible, cela oriente vers une entorse du plan capsulo-ligamentaire médial. Sur le terrain, une simple attelle dorsale (type abaisse-langue), fixée par un Elastoplast® est suffisant.

Il faut réaliser une radiographie de la colonne du pouce pour vérifier l'absence de lésion osseuse, fréquente. En cas de lésion purement ligamentaire il faut tester l'articulation en douceur. En cas de doute sur une laxité, il faut adresser le patient dans un centre SOS Mains pour la prise en charge. Une entorse grave non soignée peut donner une instabilité métacarpo phalangienne particulièrement handicapante.

Enfin, au moindre doute sur la nécessité d'une prise en charge spécialisée, le patient doit être gardé à jeun.

PRÉVENTION DES TRAUMATISMES DE LA MAIN

Les trois causes principales de traumatisme de la main sont les accidents domestiques (38 p. cent), les accidents du travail (28 p. cent) et les accidents de sport (15 p. cent).

La prévention des accidents de cuisine est difficile, il faut miser sur une plus large diffusion du lave-vaisselle et sur la mise au point d'un système fiable d'ouverture des huîtres.

La prévention des accidents du travail a fait de grands progrès depuis les années 1970 avec la mise au point de dispositifs de protection sur les machines, l'utilisation plus large de gants de protection.

Nous pensons avoir atteint un seuil minimum des accidents du travail, mais la prévention se heurte aux mauvaises habitudes et à l'inattention.

En sport, le sportif amateur se blesse plus souvent. Là aussi la prévention est limitée. Tout au plus peut-on proposer des syndactylies de protection pour la reprise du sport après entorse de doigts.

CONCLUSION

Les blessures de la main sont fréquentes et très hétérogènes. Le rôle du praticien, souvent le premier sur les lieux de l'accident, est de porter un diagnostic de gravité et de réaliser au besoin les premiers soins, permettant une prise en charge optimale du blessé. Ce premier contact est une étape essentielle de la qualité de la chaîne des soins, à la fois par le premier

106/Orthopédie

pansement et/ou la première immobilisation ; mais aussi et surtout par la décision d'orientation.

Les centres Urgences Mains sont maintenant bien organisés, sous l'égide de la Fédération Européenne des Services d'Urgences Mains et permettent la prise

en charge des lésions les plus graves, comme les plus simples.

En cas de doute sur une lésion d'un élément noble, une exploration au bloc opératoire est nécessaire pour empêcher des séquelles évitables.

RÉFÉRENCES

ALLIEU Y. – Naissance et évolution de la FESUM (Fédération Européenne des Services d'Urgence Mains). *Chir. Main*, 2003, 22, 223-224.

DUBERT T., ALLIEU Y., BELLEMERE P., EGLOFF D., NONNENMACHER J., BAUDET J., HALOUA J.P., MASMEJEAN E.H., MARIN-BRAUN F., POIRIER P., SASSOON D. – Huit jours d'urgences mains. Rapport de l'audit réalisé dans les centres FESUM du 3 au 9 juin 2002. *Chir. Main*, Elsevier, Paris, 2003, 22, 225-232.

MASMEJEAN E., VERCOUTERE M., ZRIBI W. – Prise en charge d'un blessé de la main. Entretiens de Bichat 2004. Chirurgie-Spécialités. Expansion Scientifique Française, Paris, 2004, 191-194.

MASMEJEAN E.H., FAYE A., ALNOT J.Y., MIGNON A.F. – Trauma care systems in France. *Injury*, 2003, 34 (9), 669-673.

MERLE M., DAUTEL G. – *La main traumatique : L'urgence*. 2^e ed. Masson, Paris, pp 366.