

Prise en charge d'une plaie aux urgences

EO Urgences

 Nantes
Université

Dr KADI Sami
CCA Urgences – SAMU
Avec l'autorisation de Dr HUMEAU Julie



Généralités

- Toute plaie dépend des lésions associées et du niveau de gravité :
- Interrogatoire
- Heure du traumatisme
- Agent vulnérant
- SAT VAT ?
- Examen de la plaie
 - saignement actif ?
 - atteintes des organes sous jacents ?
 - persistance d'un CE nécessitant son ablation ?



QUID préhospitalier ?



- Agent vulnérant (arme blanche-feu/explosion/haute vitesse)
- Localisation de la plaie (Thoracique /Abdomen/ ORL/ Cranio-facial)
- Défaillance hémodynamique / respiratoire / neurologique
- Déficit vasculo-nerveux
- Déformation avec menace cutané (fracture luxation de cheville) / arrachement de membre / Hyperalgique

→ Affecter au plus rapidement le patient pour une PEC optimale

- SOS main
- BO des urgences



Prise en charge en préhospitalier



- Traumatismes pénétrants
 - 10 à 15 % des traumatismes en France
 - AB à laisser en place jusqu'à l'avis chirurgical

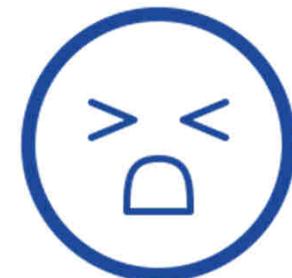


→ scanner injecté examen de référence pour bilan lésionnel exhaustif

- Rôle du SMURISTE:
 - Contrôle des hémorragies et des voies aériennes
 - Stabilisation hémodynamique
 - EX clinique traumatique et E FAST pour bilan lésionnel
 - Lutte contre l'hypothermie
 - Protection des plaies



Devant toute plaie



- Antalgie

Palier 1

Paracétamol

- max 4g/24h
- 15mg/kg/6h
- Sujet âgé/dénutri/IHC/IRC max 3g/24h

- Co-antalgie
 - MEOPA
 - Mélange équimolaires protoxyde d'N et d'O₂
 - partir de 1 mois
 - Détournement de l'attention / Hypnose
- Sédation / Anxiolyse
 - Kétamine / Midazolam



Devant toute plaie

- *Anesthésie, EC au préalable*
 - Lidocaïne non adrénalinée à 1 et 2 %
 - Délais d'action 5-10min durée d'action 2h
- Limites les volumes d'anesthésiants locaux : ALR*



Antisepsie d'une plaie \neq Asepsie d'une peau saine

Devant toute plaie

- Lavage : *Nettoyage-détersions*
 - Permettant l'ablation des CE, sang coagulé, tissus nécrosés
 - A pression constante et contrôlée avec SSI ou d'eau
 - de la zone la plus propre vers la zone la plus sale



Place de l'antisepsie ?

Antisepsie d'une plaie ≠ Asepsie d'une peau saine

Devant toute plaie

- *Exploration :*

- Indication d'un parage (= excision économique / complète + évacuation des corps étrangers).
- Cicatrisation dirigée pour plaies souillées, délabrées, avec perte de substance, ou inaccessibles initialement. (avis chirurgical ?)
- NB : Respect du milieu humide entre chaque étapes



Antisepsie d'une plaie ≠ Asepsie d'une peau saine

Recommandations 2017 selon les RFE

- Non mises à jour depuis 2005

Tableau 1 Plaies et antibiothérapie

Types de plaies et hypothèses microbiologiques	Situations cliniques	Traitements anti-infectieux	Durée
Plaies par morsures de mammifères Pasteurella, streptocoques, staphylocoques, anaérobies	Absence de signe infectieux local/général <i>[traitement préemptif systématique]</i>	Protocole 1 : amoxicilline + acide clavulanique 1 g / 8 h per os (h, PO) <i>Si antécédent d'allergie aux pénicillines :</i> Protocole 2 : PO Doxycycline : 100 mg / 12 h <i>Si cyclines contre-indiquées :</i> Protocole 3 : PO Cotrimoxazole : 800 mg / 160 mg / 12 h ou clindamycine : 600 mg / 8 h	5 jours
	Présence de signes infectieux locaux/ généraux		5 jours (à poursuivre si infection compliquée ou évolution défavorable)

Recommandations 2017 selon les RFE

		Absence de signe infectieux local ou général	
Plaies traumatiques Staphylocoque, streptocoque anaérobies (dont <i>Clostridium perfringens</i>), entérobactéries, <i>Bacillus cereus</i> , <i>Aeromonas</i> (si exposition à l'eau)	Plaie fortement souillée	Protocole 1 <i>Si antécédent d'allergie aux pénicillines : Protocole 3</i>	5 jours
	Terrain ischémique local		
	Dans les autres situations	Pas d'antibiothérapie	
		Présence de signes inflammatoires locaux	
	Érythème/induration péritolosionnel < 5 cm même en présence de pus et absence de signe général	Pas d'antibiothérapie	
	Érythème/induration péritolosionnel > 5 cm ou lymphangite ou signes généraux	Absence de critère de gravité Protocole 1 <i>Si antécédent d'allergie aux pénicillines : Protocole 3</i>	7 jours
		Présence de critères de gravité locaux (crépitation, nécrose) ou généraux Hospitalisation immédiate et avis chirurgical et infectiologue urgent	
Infection superficielle de site opératoire		Pas d'antibiothérapie de principe Avis chirurgical	

Recommandations 2017 selon les RFE

Tableau 2 Nature du risque infectieux pour les morsures les plus courantes [27–32]

Sources	Germes	Maladies / durées d'incubation
Chien et chat	<i>Pasteurella multocida</i> Bactéries aérobies (streptocoques, <i>Staphylococcus aureus</i> , <i>Caonocytophaga canimorsus</i> , <i>Eikenella corrodens</i>) et anaérobies (Prevotella, Fusobacterium, Veillonella, Peptostreptococcus), <i>Bartonella henselae</i> (uniquement le chat), Rhabdovirus	Pasteurellose / < 24 h Infections à pyogènes / 2 j Maladie des griffes du chat / 3 à 15 j Rage / 15 à 90 j (voire plusieurs années)
Rat et autres rongeurs	<i>Pasteurella multocida</i> <i>Streptobacillus moniliformis</i> <i>Spirillum minus</i> Leptospira	Pasteurellose / < 24 h Streptobacillose Sodoku Leptospirose
Homme	Bactéries aérobies (streptocoques, <i>Staphylococcus aureus</i> , <i>Caonocytophaga canimorsus</i> , <i>Eikenella corrodens</i>) et anaérobies (Prevotella, Fusobacterium, Veillonella, Peptostreptococcus)	Infections à pyogènes / 2 j Infections à VIH*, VHC, VHB

* Traitement postexposition non recommandé en général, à envisager si morsure profonde d'un patient source infecté avec une charge virale non contrôlée [31].

Autre risques infectieux: Rage

- *Lyssavirus*
- Depuis 2001 FR = indemne (mammifères terrestres non volants)
- DO depuis 2008
- Surveillance des animaux :
 - J15 pour les animaux domestiques
 - J30 pour les non domestiques

Tableau 1. Niveaux de risque d'exposition au virus de la rage par catégorie d'après la *World Health Organization*, 2018 (6)

Catégorie	Nature du contact avec un animal sauvage ou domestique présumé enragé, ou dont la rage a été confirmé
I	Contact ou alimentation de l'animal Léchage sur peau intacte
II	Peau découverte mordillée Griffure bénignes ou excoriations sans saignements Léchage sur peau érodée
III	Morsure(s) ou griffure(s) ayant traversé la peau Contamination muqueuse par la salive (léchage)

Schéma de vaccination post-exposition (vaccin inactivé)

Chez les sujets non-immunisés ou ayant un statut immunitaire incertain :

- le protocole de « Essen » comprend cinq injections de vaccin aux jours 0, 3, 7, 14 et 28 ;
- le protocole « 2-1-1 de Zagreb » comprend deux injections de vaccin au jour 0, une dans chaque deltoïde, puis une injection aux jours 7 et 21.

Lorsqu'elles sont indiquées, les immunoglobulines antirabiques doivent être administrées en même temps que la première injection de vaccin (J0), en un site d'injection différent.

Chez les sujets complètement immunisés antérieurement, 2 doses de vaccin seront administrées, une au jour 0 et l'autre au jour 3, sans aucune injection d'immunoglobulines (7).

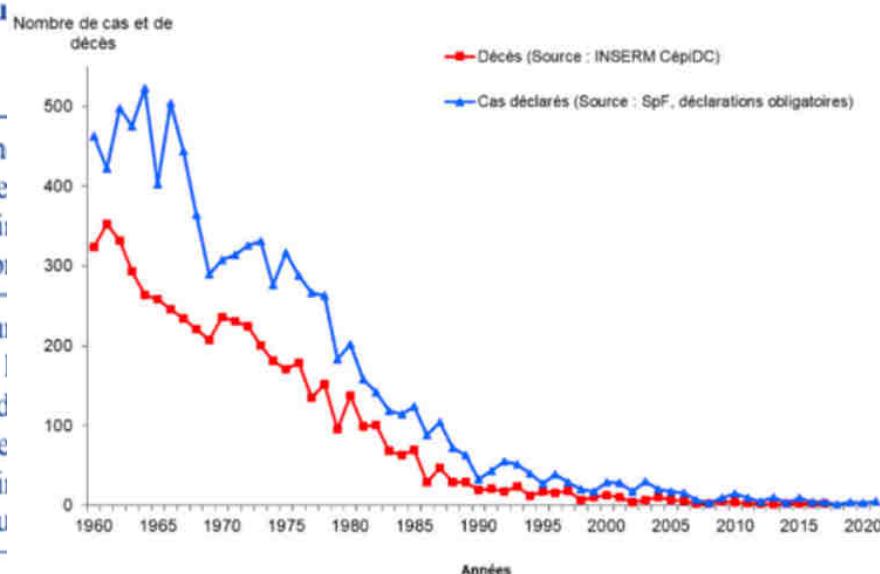
<http://www.pasteur.fr/fr/sante/centre-antirabique>

Autre risque infectieux : Tétanos

Tableau 3 Stratégie vaccinale antitétanique d'après le Haut Conseil de la santé publique et

Type de blessure	Personne à jour de ses vaccinations selon le calendrier vaccinal en vigueur	Personne non à jour
Mineure, propre	Pas d'injection Préciser la date du prochain rappel	Administration imm i.m. ou sous-cutanée Proposer si nécessaire et préciser la date du prochain rappel
Majeure (étendue, pénétrante, avec corps étranger ou traitée tardivement) ou susceptible d'avoir été contaminée par des germes d'origine tellurique	Pas d'injection Préciser la date du prochain rappel	Dans un bras, immu Dans la cuisse chez l'adulte Dans l'autre bras, administration antitétanique (ou préventive) Proposer si nécessaire et préciser la date du prochain rappel

Le tétanos en France de 1960 à 2021 : cas déclarés et décès annuels



- **QUICK test** Se 70 à 83 % et la Spé 97 à 98 %

Localisation des plaies

- Mains

- Description anatomique + testing tendon et nerf → médicolégal.
- PEC chirurgicale systématique :
 - fractures ou luxations ouvertes, plaies infectées, lésions tendineuses, amputations, plaies punctiformes sans évaluation possible de la profondeur, plaies par injection sous pression, plaies articulaires, déficits sensitivomoteurs
 - Matrices d'ongle → repositionnement et réinsertion de l'ongle avec suture

- Visage

- Pavillon de l'oreille = Zone de cartilage → recouvrement doit être parfait après un lavage abondant (+/- ATB)
- Lèvre objectif esthétique
- Joue → rechercher une atteinte du nerf facial ou du canal parotidien
- Exposition tendineuse → immobilisation jusqu'à avis chirurgical
- OEG → urologue ou un chirurgien viscéral à défaut



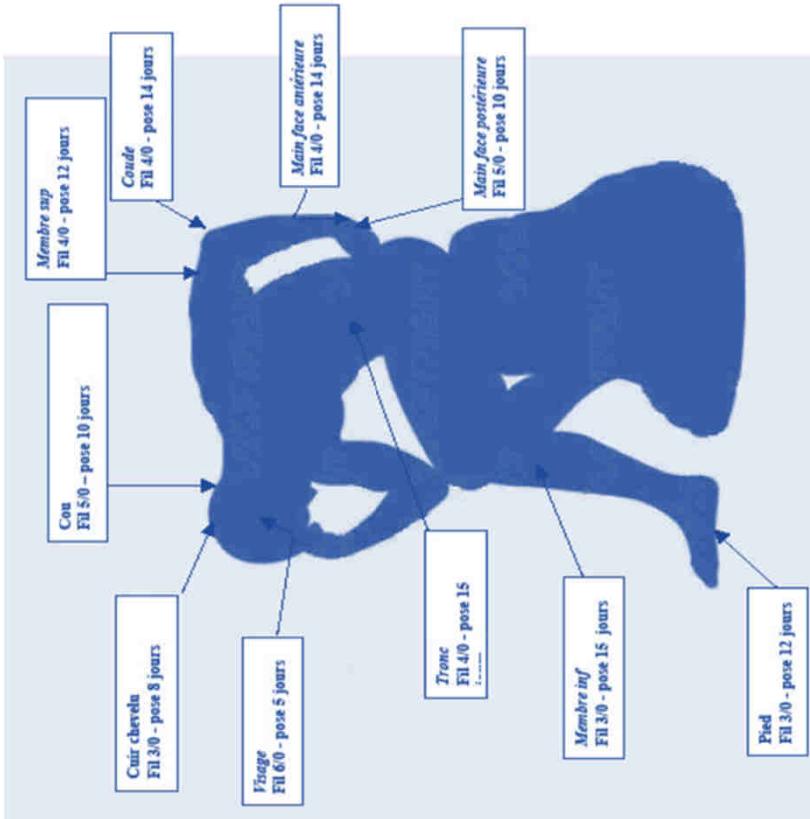


Tableau 4 Choix du type de suture en cicatrisation de première intention, d'après SFMU [8]

Types de suture	Indication	Remarque
Suture adhésive	Plan superficiel, petites plaies à bords nets peu profondes, ne saignant pas, affrontement sans tension et bonne adhérence possible	Cette méthode, facile et indolore, limite les phénomènes inflammatoires. Elle peut compléter les autres modes de suture
Colle tissulaire	Plan superficiel, plaie inférieure à 10 cm, peu profonde, franche et linéaire, ne saignant pas, idéale pour la face et chez le jeune enfant	Indolore, sensation de chaleur à la pose, protection de l'œil (plaie faciale) avec compresse ou barrage avec gel d'acétone, suture hermétique. Contre-indiquée en cas de risque infectieux élevé (morsure) ou à proximité du cuir chevelu
Point simple	Plan superficiel ou plan profond, suture la plus commune	Placer le nœud sur le bord de la berge, en évitant de serrer, l'apparition « d'échelle » est possible lors de la cicatrisation
Point de Blair-Donati	Plan superficiel, permet de rapprocher les plans profonds et superficiels dans un même temps, zone où le préjudice esthétique est moindre, suture avec tension	Le nœud peut s'enfoncer sous la peau, si le fil est laissé trop longtemps
Point d'angle	Plaies présentant un lambeau triangulaire, en association avec des points simples	Vérifier l'état vasculaire de la pointe du lambeau que l'on suture, point noué suffisamment lâche pour éviter la nécrose
Surjet simple et surjet passé	Permet de refermer rapidement une plaie, la meilleure indication étant les plaies du cuir chevelu	Mauvais résultat esthétique
Agrafe	Plaies peu hémorragiques du cuir chevelu	Suture rapide et facile, mais peu esthétique, nécessite une pince spéciale pour son ablation
Surjet intradermique	Plaies propres, à berge nettes, avec impératif esthétique (le fil chemine sous la peau), plaies muqueuses	Nécessite une expérience pratique accrue, suture étanche
Point inversé	Plan profond, en complément de la suture cutanée	Limite la constitution d'espace mort dans les plaies profondes
Point en X	Hémostase du cuir chevelu	

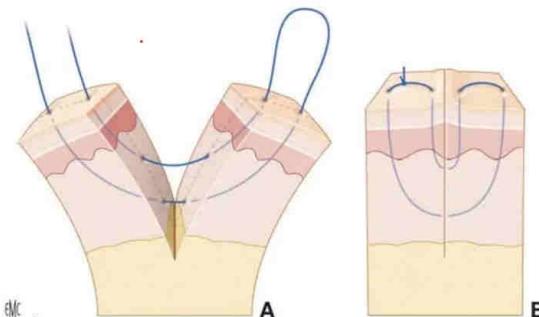
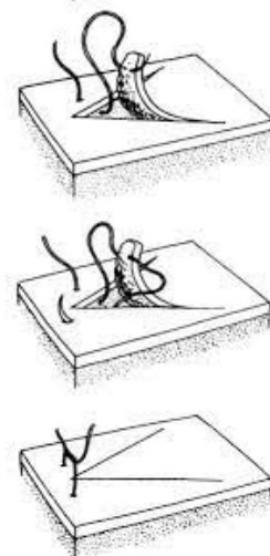
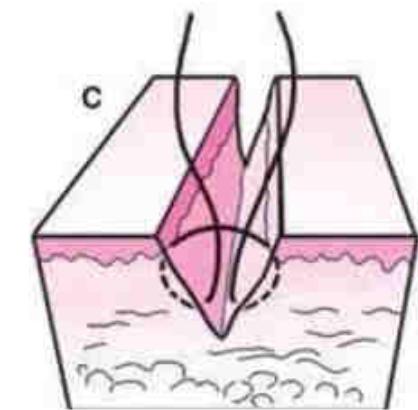


Figure 20

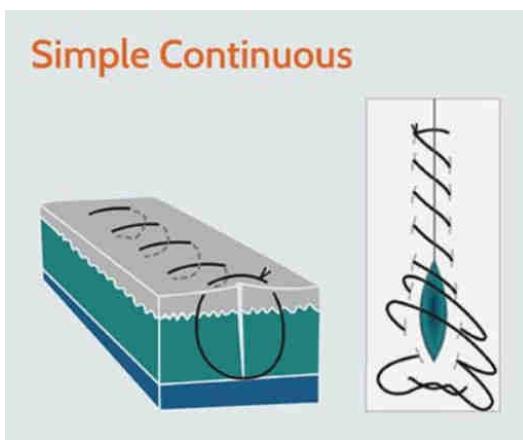
Point de Blair - Donati



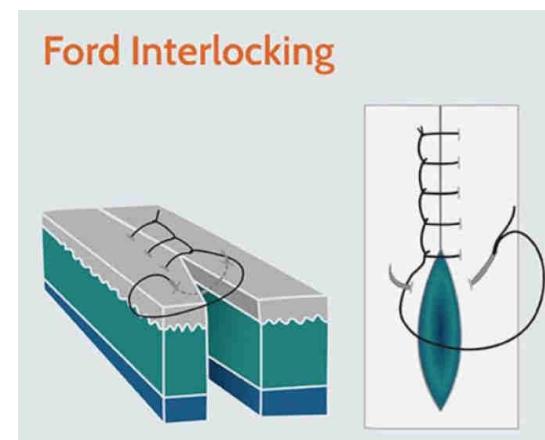
Point d'angle



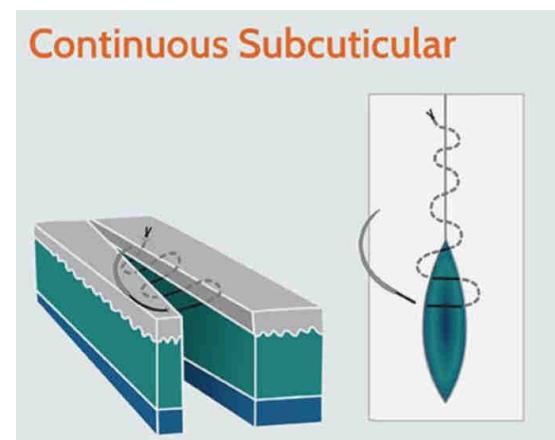
Point inversé



Surjet simple



Surjet passé



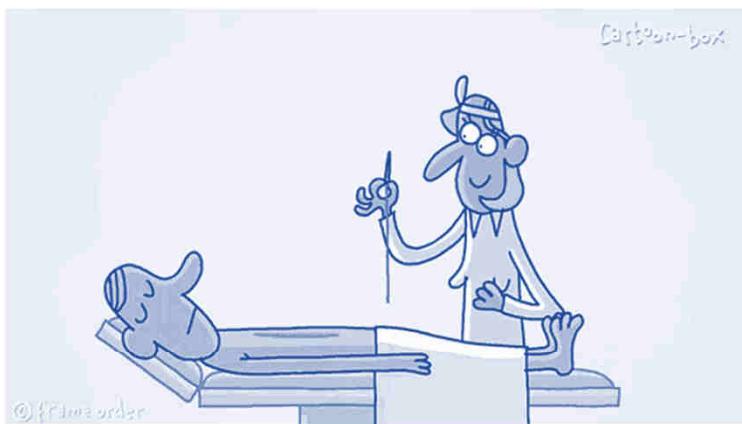
Surjet intradermique

Points essentiels des RFE 2017

- Nettoyage de la plaie abondant à l'eau contrôlée.
- Couverture humide entre les différentes étapes de prise en charge.
- Maîtrise du risque de contamination exogène.
- Détersion mécanique initiale de qualité gage de bonne cicatrisation.
- Anesthésie locale précoce selon protocole dès l'accueil aux urgences.
- Pas de justification à l'utilisation des antiseptiques en dehors des plaies difficilement accessibles à un lavage.
- Disparition du délai de fermeture d'une plaie.
- Aucune indication à l'antibiothérapie locale.

Merci !

Merci de votre attention



Dr KADI Sami
CCA Urgences - SAMU

