

ENTORSES, LUXATIONS ET FRACTURES DES MEMBRES

RÉDACTEURS :

Axel Ellrodt - Bruno Garrigue - Pierre-Yves Gueugniaud - Frederic Lapostolle - Saïd Laribi - Maurice Raphaël - Agnes Ricard-Hibon

* Sous la responsabilité des rédacteurs

GÉNÉRALITÉS

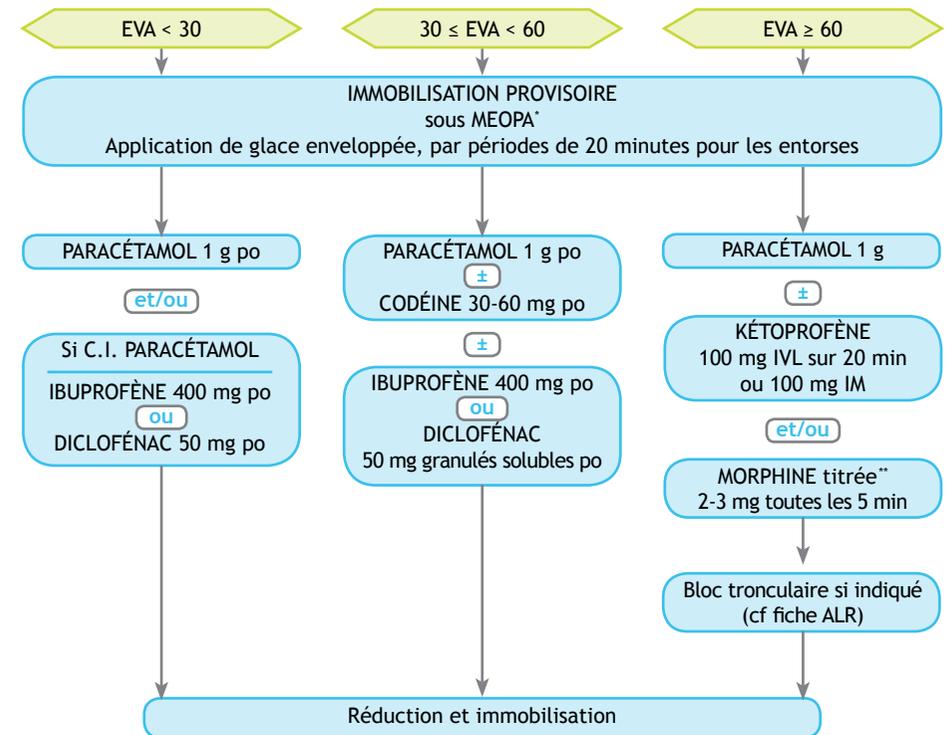
DOULEUR

Elle est constante et constitue souvent le premier motif de recours avant l'impotence fonctionnelle. Elle n'est corrélée ni à l'importance ni au pronostic de la lésion. L'immobilisation du segment de membre par une attelle ou la mise en décharge du membre inférieur doivent être les premières mesures antalgiques à mettre en œuvre. Il faut apporter un soin particulier à la qualité de l'immobilisation.

PATIENT

La présence de signes de gravité, généraux ou locaux, doit donner lieu à une prise en charge immédiate (contrôle de l'hémodynamique, prévention du risque vasculaire), par des mesures adaptées (remplissage, réalignement de fracture), avant tout bilan lésionnel. L'anamnèse est essentielle à la prise en charge. La connaissance du mécanisme traumatique permet d'envisager d'éventuels sites lésionnels secondaires liés à la diffusion de l'énergie cinétique. Cette recherche doit être systématique afin d'éviter de méconnaître une fracture dont l'expression première serait la persistance anormale de douleurs.

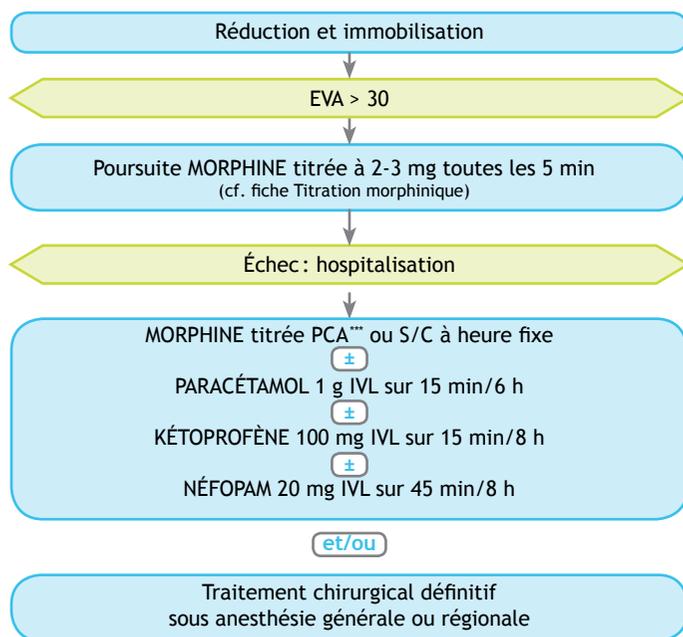
TRAITEMENT ANTALGIQUE



* MEOPA: Mélange Équimolaire Oxygène Protoxyde d'Azote, en respectant les contre-indications et conditions d'administration.

** Si la douleur est soulagée et < 60 après immobilisation, la titration morphinique peut être différée. Mais il faut anticiper une éventuelle mobilisation douloureuse (en radiologie notamment).

TRAITEMENT ANTALGIQUE (SUITE)



*** PCA : Patient Controlled Analgesia : analgésie contrôlée par le patient.

TRAITEMENT ANTALGIQUE COMPLÉMENTAIRE

- L'immobilisation doit être la première mesure à mettre en œuvre. Son effet antalgique est immédiat.
- La mobilisation d'un foyer de fracture est particulièrement douloureuse. Même si le geste est rapide, l'administration de MEOPA permet de poser une attelle dans de meilleures conditions.
- D'une manière générale, le MEOPA facilite la réalisation de manipulations douloureuses.
- La ponction d'une hémarthrose importante du genou peut soulager le patient rapidement.
- La cryothérapie procure un effet antalgique par diminution de la conduction nerveuse dès lors que la température cutanée descend au-dessous de 15°. Il faut 20 minutes d'application d'une vessie de glace ou 30 secondes de cryothérapie gazeuse pour atteindre cet objectif.
- En cas de luxation, seule la réduction procure un soulagement complet et durable. Celle-ci doit être réalisée dès que possible. Il est inopportun d'attendre l'effet du traitement antalgique. Des manœuvres douces et précoces seront davantage efficaces. Dans certains cas, la réduction ne peut se faire qu'au bloc opératoire.
- L'injection intra-articulaire de xylocaïne est préconisée par certaines études au cours de la luxation gléno-humérale.
- Le bloc ilio fascial est une technique d'anesthésie loco-régionale qui doit être connue des urgentistes (cf. fiche bloc ilio fascial). Il permet une analgésie efficace et rapide en cas de fracture de la diaphyse fémorale, voire du col fémoral (efficacité partielle mais de bon rapport bénéfice/risque chez le patient âgé).

SPÉCIFICITÉS DE LA PRISE EN CHARGE

- Un patient douloureux dont les radiographies ne révèlent aucune fracture n'a pas « rien ». La douleur mérite d'être considérée et témoigne toujours d'une lésion, ne fût-elle qu'une contusion. La persistance douloureuse doit alerter sur l'existence d'une lésion non vue initialement. Des consignes doivent être systématiquement données au patient pour lui expliquer que seule l'évolution confirmera ou non le diagnostic initial et qu'il ne doit pas hésiter à reconsulter. Une consultation post-urgences de traumatologie permet de sécuriser la prise en charge et d'affiner le diagnostic « à froid ».
- L'entorse du poignet n'existe pas au sens nosologique du terme. Lors d'une chute sur la main, les lésions ligamentaires sont principalement intracarpiales et s'additionnent proportionnellement à l'énergie cinétique du traumatisme, allant jusqu'à la luxation. Les règles de lecture des radiographies de poignet doivent impérativement être connues pour éviter de méconnaître une lésion grave et invalidante.
- Les fractures-luxations bimalléolaires doivent être réduites en urgence, avant même la réalisation des radiographies, en raison du risque élevé de lésion vasculaire et de souffrance cutanée.
- Une fracture peut en cacher une autre ; la recherche de sites lésionnels secondaires est facilitée par la connaissance du mécanisme traumatique.
- Des règles prédictives de lésion osseuse guident la prescription de radiographies. Leur sensibilité très élevée justifie leur emploi systématique. Elles existent pour le genou, la cheville et le rachis cervical (Ottawa).
- L'état cutané doit être surveillé avec attention en raison du risque de majoration d'un œdème et d'extension d'un hématome.

DEVENIR DU PATIENT

CRITÈRES D'ORIENTATION

En dehors des patients requérant une intervention chirurgicale, ou de ceux pour lesquels le traumatisme est la conséquence d'une affection médicale nécessitant une hospitalisation, la plupart des patients traumatisés consultant aux urgences, bénéficie d'une prise en charge ambulatoire. Que le traitement soit fonctionnel ou orthopédique, des consignes sont toujours associées. Il est important d'expliquer que le traitement, et notamment le traitement antalgique, ne s'arrête pas à la sortie des urgences. Le patient sort avec un handicap transitoire (boiterie, impotence fonctionnelle ou douloureuse) et des contraintes (immobilisation, cannes anglaises, pansements à renouveler). En cas d'incertitude diagnostique ou de douleur persistante, il doit pouvoir reconsulter facilement. La décision de sortie doit intégrer ces données et être prise après que l'équipe médico-soignante se soit assurée que le patient pourra affronter ces contraintes. Un patient isolé, a fortiori âgé, handicapé par une immobilisation, ne doit pas être renvoyé à domicile s'en être assuré de la mise en place d'une aide. Une hospitalisation peut être justifiée par la perte d'autonomie résultante. L'intervention précoce du service social est souhaitable dans ces conditions.

TRAITEMENT ANTALGIQUE SELON L'ORIENTATION DU PATIENT

Après la consultation en urgences

- Tient compte des contre-indications
- Est toujours prescrit à titre systématique. La recommandation « en cas de douleur » n'est pas une stratégie antalgique efficace.
- Le paracétamol à la dose de 4 g par jour reste la base du traitement.
- La prescription d'un antalgique de palier 2 se justifie pour les douleurs modérées mais doit tenir compte des effets secondaires de la codéine ou du tramadol. La prise antérieure d'un traitement de ce type par le patient facilite la prescription.
- La persistance d'une douleur intense malgré une immobilisation correcte doit faire rechercher des complications ou remettre en cause la stratégie thérapeutique.

En hospitalisation

- La gestion de la douleur peut s'intégrer dans un contexte péri-opératoire,
- Le paracétamol est utilisé seul ou en co-analgésie,
- La mise en place d'une PCA doit être privilégiée par rapport à une titration morphinique lorsque le patient quitte les urgences pour un service d'hospitalisation.

REMARQUES

De consignes de sortie écrites, expliquant les contraintes et les aléas du traitement mis en place, mais détaillant aussi le circuit de prise en charge secondaire doivent être remises et commentées au patient. Dans de nombreuses situations en traumatologie, le diagnostic n'est confirmé que secondairement en consultation post-urgences, au vu de l'évolution.

CONDUITE À TENIR DE L'INFIRMIÈRE DES URGENCES

À L'ACCUEIL

- Recueille les éléments anamnestiques, évalue la douleur,
- Recherche de signe de gravité nécessitant un recours médical immédiat : douleur cotée au-delà de 6 en EVA, perte de l'axe d'un membre, plaie profonde et/ou étendue, décoloration cutanée,
- Utilise le MEOPA pour toute manipulation douloureuse,
- Déshabille précautionneusement le patient,
- Met en œuvre les mesures antalgiques : immobilisation du membre, glaçage, administration d'antalgique selon le protocole du service,
- Nettoie la plaie, la recouvre de compresses, s'assure du statut vaccinal du patient,
- Rassure le patient et son entourage, explique brièvement le déroulement de la prise en charge à venir.

L'INFIRMIER(E) DES URGENCES

- Surveille les paramètres vitaux et l'EVA,
- Perfuse et prélève un bilan pré opératoire si besoin,
- Met en route une titration morphinique en application du protocole du service,
- S'assure que le patient a compris les consignes de sortie.

Références bibliographiques :

- Société Française de Médecine d'Urgence. Actualisation 2004 de la conférence de consensus : l'entorse de cheville au service d'urgence ; 5^e conférence de consensus, Roanne 28 avril 1995
- Société Française d'Anesthésie et de Réanimation, Société française de médecine d'urgence : Recommandations formalisées d'experts 2010 : sédation et analgésie en structure d'urgence (réactualisation de la conférence d'experts de la SFAR de 1999). Ann. Fr. Med. Urgence (2011) 1:57-71
- Coudert B., Raphaël M. Traumatisme récent de la cheville. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Médecine d'urgence, 25-200-G-30, 2007.
- Hinglais E., Prével M. (2004) Traumatologie : stratégies diagnostiques et orientations. L&C, Paris
- Freysz M., Ricard-Hibon A. (2004) Pratique des anesthésies locales et locorégionales par des médecins non spécialisés en anesthésie réanimation, dans le cadre des urgences. Conférences d'experts. La collection de la SFAR. Elsevier, Paris