

PLAIES ET SUTURES CHEZ L'ENFANT*

RÉDACTEURS :

Axel Ellrodt - Bruno Garrigue - Pierre-Yves Gueugniaud - Frédéric Lapostolle - Maurice Raphaël
Agnès Ricard-Hibon

* Sous la responsabilité des rédacteurs

GÉNÉRALITÉS

DOULEUR

- La prise en charge de la plaie chez l'enfant ne diffère pas de celle de l'adulte.
- La présence des parents est indispensable pour rassurer l'enfant.
- La compliance de l'enfant aux soins est en grande partie liée à sa maturité.
- Dans un contexte traumatique, des lésions associées sous-jacentes doivent être recherchées.
- Une plaie risquant d'engager le pronostic vital ou fonctionnel doit être confiée rapidement au spécialiste.
- La recherche de corps étrangers doit être systématique.
- Parmi les antiseptiques, la polyvidone iodée ne doit pas être utilisée chez le nourrisson en dessous d'un mois. Au-delà, son emploi nécessite une dilution aqueuse à 10 %.
- La possibilité d'un acte de maltraitance doit être recherchée.

TECHNIQUES DE RÉALISATION

- La reconstruction cutanée s'obtient en affrontant les berges de la plaie, sans les écraser l'une contre l'autre, pour faciliter la cicatrisation. Une plaie souillée ou vue tardivement doit bénéficier d'un parage et d'un drainage (crins de florence). Différentes techniques sont possibles. Le choix de la méthode de la réparation cutanée dépend du site de la plaie, de son type, de son étendue.
- Les méthodes indolores sont choisies en priorité.
- Les colles et les sutures adhésives sont préférentiellement utilisées si la plaie s'y prête. Le collage d'une plaie de l'arcade nécessite de protéger l'œil de l'enfant par une compresse, la colle risquant de couler dans l'œil.
- Les sutures filaires ne diffèrent pas de l'adulte. La taille du fil est adaptée à la corpulence de l'enfant et au site de la lésion.

SPÉCIFICITÉS DE LA PRISE EN CHARGE

STRATÉGIE ANTALGIQUE

- La méthode d'analgésie dépend du type de blessure, de l'âge de l'enfant, de l'intensité de sa douleur.
- Chez le nourrisson de moins de 3 mois, la tétine sucrée a démontré son efficacité antalgique et anxiolytique.
- Une prise en charge rapide avec prescription de paracétamol à la dose de 15 mg/kg +/- associée à de la codéine à la dose de 0,5 mg/kg contribuent à rassurer l'enfant.
- Le MEOPA est largement utilisé chez l'enfant, seul ou en complément de l'anesthésie locale.
- L'anesthésie locale est réalisée avec de la Lidocaïne® à 1 %. La dose maximale injectée est de 5 mg/kg ou de 7 mg/kg pour une solution adrénalinée. Ces doses doivent être réduites de 30 % chez l'enfant de moins de deux ans.
- L'association du paracétamol et de la codéine à la dose de 0,5 mg/kg per os, chez l'enfant de plus d'un an permet d'obtenir une analgésie minimum.
- La nalbuphine par voie rectale (0,4 mg/kg) ou la morphine par voie orale à la dose de 0,5 mg/kg, trente minutes avant le geste sont une alternative.
- La sédation n'est envisagée que si l'enfant ne se calme pas. La kétamine peut être utilisée à la dose de 0,5 à 1 mg/kg IV lente ou de 3 à 4 mg/kg en IM.

NATURE ET LOCALISATION DE LA PLAIE

- Les plaies d'apparence simple mais localisées en regard d'une structure anatomique importante (gros vaisseaux, articulations, tendons, nerf facial, canal de Stenon) doivent d'emblée être confiées au chirurgien spécialisé pour exploration.
- Les plaies compliquées, souillées, avec perte de substance étendue, fracture sous-jacente ou sièges d'une hémorragie active avec retentissement hémodynamique nécessitent après réalisation des premiers soins d'urgence, d'organiser une prise en charge au bloc opératoire.
- Dans les autres cas, la fermeture ou l'initiation de la cicatrisation dirigée peuvent être assurées aux urgences. Les gestes douloureux s'effectuent sous anesthésie locale, loco-régionale et/ou sous MEOPA.

DEVENIR DU PATIENT

- Le paracétamol est poursuivi à raison de 10-15 mg/kg per os toutes les 4 heures, associé ou non à de la codéine à la dose de 0,5 mg/kg toutes les 4 heures, avec un objectif d'EVA < 30 ou EN < 3.
- Une attention particulière est accordée à la réalisation du pansement afin que celui-ci résiste à la vie trépidante de l'enfant.
- Les plaies compliquées sont traitées au bloc opératoire.

STRATÉGIE D'ANALGÉSIE

AVANT LE GESTE



PETITES SUTURES (<3 POINTS)

Crème
PRILOCAÏNE/LIDOCAÏNE**
ou
LIDOCAÏNE*** 5 % spray
(attendre 10 min)
ou
LIDOCAÏNE*** infiltration

SUTURES ÉTENDUES OU MULTIPLES (>3 POINTS)

ALR
(selon topographie)
ou
LIDOCAÏNE*** infiltration

EXPLORATION

Peu profonde

Profonde

SUTURE

ANESTHÉSIE
GÉNÉRALE
réparation au bloc

* MEOPA: mélange équimolaire oxygène-protoxyde d'azote.

** Application 20 min, 0,15 mg/kg. Dose maximum: 5 mg.

*** Lidocaïne non adrénalinée: 5 mg/kg, lidocaïne adrénalinée: 7 mg/kg.

Attention au cumul des doses

COMPLÉMENT D'ANALGÉSIE

- La kétamine: largement utilisée dans les pays anglo-saxons en dehors des blocs opératoires mais peu en France, est intéressante car associe une sédation tout en conservant une autonomie respiratoire. Les doses recommandées sont de 0,5 à 1 mg/kg en IV lente ou de 3 à 4 mg/kg en IM.
- Utiliser avec précaution l'association kétamine/midazolam en raison du risque de sédation excessive.

SOINS INFIRMIERS

L'INFIRMIER(E) D'ORGANISATION DE L'ACCUEIL (IOA)

- Accueille l'enfant avec ses parents
- Recueille les éléments anamnestiques, l'heure du traumatisme
- Évalue la douleur à l'aide d'échelles adaptées à l'âge de l'enfant
- Nettoie succinctement la plaie pour en évaluer l'étendue et la profondeur
- Recherche de signe de gravité nécessitant un recours médical immédiat:
 - douleur cotée au-delà de 6 en EVA,
 - plaie profonde et/ou étendue, hémorragique,
 - amputation,
 - décoloration cutanée, perte de sensibilité ou paralysie en aval,
 - une plaie abdominale, thoracique, cervicale, de la racine des membres comportant un risque vital.
- Utilise le MEOPA pour toute manipulation douloureuse
- Déshabille précautionneusement l'enfant
- Couvre la plaie, réalise une compression si besoin
- Administre les antalgiques selon le protocole en cours
- S'assure du statut vaccinal de l'enfant sur le carnet de santé s'il est disponible
- Rassure l'enfant et ses parents, 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
- Administre le MEOPA pour la réalisation d'un geste douloureux
- Assiste le médecin dans la fermeture de la plaie, contribuant à ce que l'enfant reste calme
- Couvre la plaie, une fois fermée
- S'assure que les parents ont compris les consignes de sortie

Références bibliographiques:

- Hinglais E., Prevel M., Coudert B. - Plaies aux urgences, prise en charge. EMC, Médecine d'urgence, 25-200-A-10, 2007
- 12^e Conférence de Consensus de la SFMU. Prise en charge des plaies aux urgences. Clermont-Ferrand (1^{er} et 2 décembre 2005). www.sfm.u.org
- Conférence d'experts SFAR / SFMU 2010 - Recommandations formalisées d'experts: sédation et analgésie en structure d'urgence