



CrossMark

Urgences orthopédiques des maladies neuromusculaires

Pierre Journeau¹

Sur la base des comptes rendus des communications de J.-C. Riou², B. de Courtivron³, P. Denormandie⁴, J. Dubousset⁵, D. Fron⁶, L. Miladi⁷, N. Pellegrini³, M. Raphaël⁸, P. Journeau¹

1. Service d'orthopédie, CHU de Nancy, hôpital d'enfants de Brabois, rue du Morvan, 54511 Vandœuvre-lès-Nancy Cedex, France
2. AFM-Téléthon, 1, rue de l'Internationale, BP 59, 91002 Évry Cedex, France
3. Centre de pédiatrie Gatien-de-Clocheville, CHU Tours, 49, boulevard Béranger, 37044 Tours, France
4. Chirurgie, hôpital Raymond-Poincaré, 104, boulevard Raymond-Poincaré, 92380 Garches, France
5. Hôpital Saint-Vincent-de-Paul, 74 avenue Denfert-Rochereau 75014 Paris
6. Service de chirurgie infantile, CHRU de Lille, 2, avenue Oscar-Lambret, 59000 Lille, France
7. Service de chirurgie orthopédique et traumatologique, assistance publique des hôpitaux de Paris, hôpital Necker, 149, rue de Sévres, 75015 Paris, France
8. Service des urgences, assistance publique des hôpitaux de Paris, hôpital Kremlin-Bicêtre, 78, rue du Général-Leclerc, 94270 Le Kremlin-Bicêtre, Paris, France

Correspondance :

Pierre Journeau, Service d'orthopédie, CHU de Nancy, hôpital d'enfants de Brabois, rue du Morvan, 54511 Vandœuvre-lès-Nancy Cedex, France
p.journeau@chu-nancy.fr.

Fracture in patients with neuromuscular diseases

Mots-clés

Maladies neuromusculaires
Fracture
Urgence orthopédique
Verticalisation précoce

Keywords

Neuromuscular disease
Fracture
Orthopaedic emergency
Early mobilization

Points essentiels

- * Augmentation de la prévalence des fractures dans les maladies neuromusculaires.
- * Fragilité osseuse par défaut de mise en charge et ostéoporose induites par les glucocorticoïdes.
- * Réduction au maximum de la durée de l'immobilisation.
- * Obtenir une verticalisation (mise au fauteuil) la plus précoce.
- * Tenir compte des fonctions cardiaques et respiratoires.
- * Préférer le traitement chirurgical chez les patients non marchants.
- * Privilégier une ostéosynthèse centromédullaire définitive.
- * L'embrochage élastique stable (ECMES) est le traitement de choix chez l'enfant.
- * Respecter les déformations squelettiques.
- * Notion de fracture « providentielle » pour corriger une attitude vicieuse.

Cet article a été rédigé à partir des travaux des JRC (Journées de Réflexion Clinique) organisées en 2013 par l'AFM-Téléthon. L'atelier était composé essentiellement d'orthopédistes pédiatriques, sans chirurgien de l'appareil locomoteur adulte. Or il existe quelques différences entre l'adulte et l'enfant, en particulier sur les techniques chirurgicales et les indications. Ces particularités ont été exposées lors des travaux par un médecin de rééducation fonctionnelle adulte très impliqué dans les problématiques des maladies neuromusculaires.

La question posée portait sur les particularités de prise en charge chez des malades porteurs de ces pathologies spécifiques de fracture d'un membre ou d'un segment de membre, laquelle survient habituellement dans son environnement personnel. Trois étapes peuvent être distinguées : la prise en charge préhospitalière, l'arrivée aux urgences et les indications chirurgicales particulières d'une fracture chez un patient atteint d'une maladie neuromusculaire.

Prise en charge préhospitalière

Transfert du patient

Il sera de type **médicalisé**, avec **appel au Samu**, en détaillant l'état général du patient et son autonomie (marchant / non marchant), le risque de complications (cardiologiques, respiratoires, etc.) et la gravité de l'atteinte traumatologique.

Le transfert en Samu permet :

- une médicalisation en **matelas coquille** : les patients chez lesquels surviennent les fractures sont plutôt ceux qui ont des raideurs articulaires, des déformations ou des attitudes vicieuses, que le matelas coquille respecte ;
- l'**analgesie** : chez un patient présentant une déformation d'un membre, réaligner le segment fracturé peut générer des douleurs importantes. Les médecins du Samu sont rompus aux pratiques d'analgesie et à leur association éventuelle avec des techniques d'anesthésie locorégionale, de type bloc tronculaire ;
- la **mise en condition** : respect des conditions de ventilation, fonction cardiaque.

Arrivée aux urgences

Dans la grande majorité des cas, elle se fait légitimement à l'hôpital de proximité, dont la vocation première est d'être un centre d'accueil des urgences.

Bilan lésionnel

C'est l'analyse du segment fracturé, au cours duquel il faut instaurer :

- une **immobilisation transitoire** ;
- un **traitement antalgique** ;
- une surveillance de l'**engorgement bronchique** : au cours du bilan, qui paraît parfois long aux patients et à leurs familles, il peut survenir des complications dites « de décubitus », à l'exemple d'un engorgement bronchique.

Évaluation de l'état général et fonctionnel

- **Analyse clinique** : les atteintes cardiaque et respiratoire sont au premier plan pour l'état général. L'état fonctionnel est tout aussi fondamental. Les moyens de verticalisation utilisés par le patient, ainsi que la marche (ou sa perte) doivent être pris en compte dans l'indication chirurgicale.
- **Contact avec le centre référent** du patient ou avec un collègue : il est important d'avoir un accès à l'information concernant l'état de santé du patient, de quelque manière que ce soit (carte malade, base de données commune, etc.). La prise en charge chirurgicale peut se faire dans l'**hôpital de proximité** si les informations nécessaires ont été correctement données au chirurgien qui va l'opérer.

Les centres ci-dessous sont rompus à la prise en charge des patients atteints de maladies neuromusculaires, et les interconnexions avec eux sont relativement aisées (*figure 1*).

Si le patient arrive aux urgences en début de soirée ou durant la nuit, joindre un centre expert peut poser problème. Cependant, la situation de l'**urgence orthopédique proprement dite n'existe pas** (il est toujours possible de faire une immobilisation provisoire et de différer une éventuelle intervention chirurgicale au lendemain). C'est davantage l'**état général** du patient qui conditionne sa prise en charge.

Prise en charge chirurgicale

Anesthésie

- On ne peut pas faire de chirurgie sans que le patient soit correctement conditionné [1-5].
- **Anesthésie locorégionale per- et postopératoire** : la prise en charge de la douleur, en particulier postopératoire, est fondamentale notamment chez le patient non marchant qui doit être verticalisé dans son fauteuil. L'expérience montre que la **reprise d'une verticalisation la plus précoce possible** permet d'éviter un grand nombre de complications, notamment à type d'engorgement respiratoire. Il est essentiel et même impératif que les patients soient remis au fauteuil dès le **premier ou le deuxième jour postopératoire** sous couvert, indispensable, d'une **analgesie** de qualité, qu'elle soit locale ou régionale.

Installation

Elle est essentielle.

- Une règle : **respecter les déformations et attitudes vicieuses**, qui ne sont pas exceptionnelles, sous peine d'avoir des rougeurs ou des escarres aux points d'appui en fin d'intervention.
- Une astuce : **utiliser un matelas coquille** de type Samu, pour adulte ou pour enfant. Il permet d'installer le patient en respectant ses déformations, dès lors que l'on applique la dépression nécessaire pour rigidifier le matelas. Il permet aussi d'avoir une position opératoire très confortable et une immobilité absolue au cours de l'intervention, tout en évitant les points d'appui.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2744148>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2744148>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)