



ELSEVIER
MASSON



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com

CHIRURGIE
DE LA main

Chirurgie de la main 32 (2013) 219–225

Article original

Macro-amputation du membre supérieur : que sont devenus les patients ? À propos de 22 cas

Major upper limb trauma: Patients' outcomes. About 22 cases

M. Malherbe ^{a,*}, D. Cheval ^b, B. Lejacques ^b, L. Vaiss ^b, N. Kerfant ^b, D. Le Nen ^b

^a Département d'orthopédie et traumatologie, CHU de Caen, avenue de la Côte-de-Nacre, 14033 Caen cedex 9, France

^b Service de chirurgie orthopédique, traumatologique et réparatrice, CHU de Brest, boulevard Tanguy-Pringent, 29200 Brest, France

Reçu le 11 avril 2013 ; reçu sous la forme révisée le 6 juin 2013 ; accepté le 23 juin 2013

Disponible sur Internet le 24 juillet 2013

Résumé

Lors d'une macro-amputation, faut-il tout faire pour conserver un membre supérieur parfois peu fonctionnel ? Cette étude avait pour but d'évaluer et de comparer à long terme sur le plan fonctionnel, psychologique et social, des patients ayant été victime d'une macro-amputation du membre supérieur, qu'ils aient été replantés ou amputés. Il s'agissait d'une étude rétrospective monocentrique incluant 22 patients, victimes d'une macro-amputation du membre supérieur. Les caractéristiques du patient, du traumatisme et de la prise en charge initiale ont été analysées. Au recul, 16 patients ont pu être revus avec évaluation des résultats fonctionnels (Score DASH, score de Chen), de l'autonomie (activités de la vie quotidienne, travail, conduite, loisirs), du retentissement psychologique et de la qualité de vie (NHP, EVA, score de Russel). Vingt-deux patients ont été pris en charge. Onze replantations ont été réalisées avec six régularisations secondaires. Au recul moyen de 12 ans et cinq mois, 16 patients ont été revus, dont cinq replantés et 11 amputés. Tous les patients étaient autonomes. Le score DASH moyen et le NHP étaient moins bons chez les patients replantés, sans différence significative. Le délai de retour au travail et à la conduite n'était pas significativement supérieur chez ces patients. Le score de Russel révélait cependant que les patients replantés étaient satisfaits d'avoir conservé leur membre et recommanderaient cette prise en charge. Même si les résultats fonctionnels des macro-replantations du membre supérieur sont parfois décevants, la satisfaction pour ces patients d'avoir conservé leur membre et leur intégrité corporelle semble justifier de tenter, lorsqu'elles sont techniquement possibles, ces replantations. © 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Amputation ; Membre supérieur ; Replantation ; Résultats fonctionnels

Abstract

In front of a major upper limb trauma, do we need to make everything possible to keep the limb with the risk of facing poor functional outcomes? This study was performed to evaluate and compare long-term functional, psychological and social outcomes following major upper extremity trauma between patients treated with amputation and those who underwent limb salvage. This was a retrospective monocenter cohort study of 22 patients who sustained an upper limb injury requiring either amputation or limb salvage. The characteristics of the patient, trauma and initial take-care were studied. The outcomes of amputation and upper limb salvage were compared by using functional scores (DASH, Chen), autonomy (activities of the everyday life, work, driving, leisure activities), psychological and quality of life evaluation (NHP, EVA, Russel's score). Twenty-two patients were supported. Eleven limb salvages were performed with six secondary amputations. Sixteen patients were reviewed: five with limb salvage and 11 amputees with a mean follow-up of 12 years and 5 months. All patients were autonomous. There were no significant differences between both groups regarding DASH and NHP scores or to work status and driving ability. Russel's score showed that patients with salvaged upper limb were pleased to have kept it and would recommend this treatment. Although the results of upper limb macro-replantation are sometimes disappointing, the satisfaction for these patients to keep their upper limb and their body integrity seems to justify such upper limb salvage when it is technically possible. © 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Amputations; Upper limb; Limb salvage; Functional results

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : malherbe-m@chu-caen.fr (M. Malherbe).

1. Introduction

Les macro-amputations du membre supérieur sont des urgences chirurgicales qui nécessitent une prise en charge en centre spécialisé [1]. Malgré les progrès de la micro-chirurgie, les résultats fonctionnels des macro-replantations du membre supérieur sont parfois décevants [2–5] et la récupération fonctionnelle dépend directement de la qualité de régénération nerveuse [1]. Dans la littérature, seul un article compare une série de patients amputés à une série de patients replantés de leur membre supérieur [6] avec des résultats fonctionnels en faveur de la replantation mais sur des critères limités. Une question se pose donc : faut-il tout faire pour conserver un membre supérieur parfois peu fonctionnel ?

Cette étude avait pour but d'évaluer et de comparer à long terme une série de patients ayant présenté une macro-amputation du membre supérieur, replantés ou amputés, d'emblée ou de façon secondaire, aussi bien sur le plan fonctionnel, psychologique que social.

2. Patients et méthodes

Nous avons réalisé une étude rétrospective monocentrique qui portait sur des patients victimes d'une macro-amputation du membre supérieur en amont du carpe (traumatisme complexe du membre supérieur [TCMS] de type 1), adressés au CHU de Brest entre le 1^{er} janvier 1990 et le 30 avril 2012. Vingt-deux patients ont été pris en charge, amputés ou replantés.

Concernant les critères préopératoires, l'âge, le sexe, la profession, la latéralité au moment du traumatisme ont été répertoriés. L'analyse du traumatisme portait sur : le mécanisme, le caractère professionnel ou non, le niveau d'amputation, le côté atteint, la recherche d'un traumatisme associé.

Dans les critères postopératoires ont été recueillis : la gestion postopératoire immédiate (antibiothérapie, transfusion), le nombre d'interventions ultérieures, les complications, le nombre et le délai d'amputation secondaire chez les patients replantés, et les causes d'échec de ces replantations.

Au recul, 16 patients ont pu être revus. Les résultats fonctionnels ont été évalués par l'existence ou non d'une relateralisation (droitier devenant gaucher, par exemple), d'activités bimanuelles, l'utilisation éventuelle d'aides techniques, le score Disability of the Arm-Shoulder-Hand (DASH) [7], le score de Chen [8] chez les cinq replantés ; le type d'appareillage chez les 11 amputés a été recherché.

Le score DASH est un score d'auto-évaluation de la déficience des membres supérieurs comprenant 30 items cotés de 0 (pas de handicap) à 100. Le score de Chen évalue la récupération des membres replantés sur quatre critères : utilisation, mobilités articulaires, sensibilité, force musculaire, cotés de 1 à 4 (aucune fonction utile du membre).

L'autonomie a été évaluée sur la possibilité ou non d'effectuer les activités de la vie quotidienne (toilette, habillage, aller aux toilettes, repas).

Le retentissement psychologique et la qualité de vie ont été évalués par le Nottingham Health Profile (NHP) [9] et l'échelle visuelle analogique (EVA) [10]. Le NHP fournit un profil de santé perçue et une mesure de la qualité de vie par rubriques : mobilité, isolation sociale, douleur, réactions émotionnelles, énergie et sommeil. Pour chaque rubrique, on obtient un score compris entre 0 et 100, qui correspond au degré de difficultés que perçoit le sujet dans chaque rubrique.

Chez les replantés, la satisfaction a été évaluée par le score de Russel [11], qui évalue de façon subjective la satisfaction fonctionnelle des patients. Pour les patients amputés, le Groningen Questionnaire Problems after Arm Amputation (GQPAA) [12] et l'Évaluation de la satisfaction envers une aide technique (ESAT) [13] ont été recueillis. Le GQPAA est un auto-questionnaire qui différencie les différents types de douleurs (sensations de membre fantôme, fantôme douloureux, douleurs du membre résiduel), leur fréquence, la prise d'un traitement, l'utilisation de la prothèse. L'ESAT évalue la satisfaction des patients envers leur aide technique et les services qui y sont rattachés. Plus le score est élevé, moins le patient est satisfait.

Enfin, le retentissement social était évalué par l'analyse de la reprise du travail, de la conduite, du délai de ces reprises et de la possibilité ou non de reprendre ces activités avec ou sans adaptation du poste. La pratique de loisirs a également été cherchée.

3. Résultats

3.1. Population et prise en charge initiale

Du 1^{er} janvier 1990 au 30 avril 2012, 22 patients pris en charge au CHU de Brest ont présenté un TCMS de type 1. La moyenne d'âge était de 38,79 ans (3–65 ans) avec une nette prédominance masculine (20 hommes pour deux femmes). Cinq patients étaient fumeurs et un était diabétique. La majorité des patients était en activité avant leur traumatisme. Le mécanisme prédominant était une avulsion, majoritairement par des machines agricoles (9), ou par arme à feu (4). La plupart étaient survenus dans le cadre d'accident du travail (13). Le membre dominant était touché dans huit cas sur 22 et le niveau d'amputation concernait 12 bras et 11 avant-bras avec un amputé bilatéral. Dix patients présentaient un traumatisme associé.

Onze replantations ont été réalisées (sept bras et quatre avant-bras) et 12 amputation (cinq bras et sept avant-bras) (Tableau 1).

Le temps d'ischémie n'a pas pu être retrouvé dans 13 dossiers sur 22.

Une antibiothérapie sur une période supérieure à 48 heures a été instaurée dans la majorité des cas (20). Treize patients sur 22 ont été transfusés en postopératoire, majoritairement chez les replantés (9/11).

Parmi les patients replantés, six patients sur 11 ont été secondairement régularisés dans un délai de 4,5 jours (2–7) : cinq bras, un avant-bras (Tableau 2).

Un patient replanté et quatre amputés ont présenté une infection du site opératoire dans les suites. Le nombre moyen

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4049207>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4049207>

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