



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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



Mémoire original

L'amputation peut-elle être un choix thérapeutique dans les traumatismes menaçant les membres inférieurs ?[☆]



Is amputation a viable treatment option in lower extremity trauma?

M. Barla^{*}, B. Gavanier, M. Mangin, J. Parot, C. Bauer, D. Mainard

Service de chirurgie orthopédique, traumatologique et arthroscopique, CHRU de Nancy, 44, avenue du Maréchal-de-Lattre-de-Tassigny, 54000 Nancy, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 1^{er} novembre 2016

Accepté le 9 juin 2017

Mots clés :

Amputation

Traitement conservateur

Traumatisme membres inférieurs

Gustilo III

RÉSUMÉ

Introduction. – Actuellement, il n'y a pas de consensus sur la prise en charge thérapeutique des traumatismes menaçant les membres inférieurs. Faut-il amputer précocement pour éviter des complications ou tenter de sauver le membre à tout prix ? L'objectif de notre étude est de montrer que l'amputation majeure et précoce peut être un choix thérapeutique pertinent dans les traumatismes menaçant les membres inférieurs.

Matériel et méthode. – Vingt patients amputés et 16 patients reconstruits ont été inclus avec un suivi minimal d'1 an. Les critères d'évaluation principaux étaient la prédiction de l'amputation selon le score MESS ; l'analyse des complications et séquelles ; la consolidation et l'évolution fonctionnelle.

Résultats. – Les amputés ont un score MESS plus élevé : 7,8 versus 4,9 ($p < 0,00001$), ont moins de journées d'hospitalisation ($p < 0,022$), moins de complications postopératoires ($p < 0,003$), en particulier infectieuses ($p < 0,001$). La prévalence d'infection en cas de sauvetage de membre est de 61 %. Il n'y a pas de différence significative entre les 2 groupes pour la qualité de vie.

Discussion. – Face au traumatisme, amputation précoce et traitement conservateur ont chacun des avantages et des inconvénients. L'amputation précoce est plus avantageuse en cas de complications malgré une qualité de vie semblable dans les 2 groupes à long terme. L'amputation précoce est une option thérapeutique qu'il faut assumer en cas de traumatismes menaçant les membres inférieurs. Elle ne doit pas être vécue comme un échec, mais comme un choix revendiqué au regard de l'évolution fonctionnelle des complications survenant après conservation des membres inférieurs.

Étude de niveau. – 4.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

1. Introduction

Les traumatismes sévères menaçant les membres inférieurs restent un challenge décisionnel et thérapeutique. Amputer précocement ou conserver le membre inférieur (MI) dépend de : l'état local du membre, l'état général du patient et l'expérience du chirurgien [1–4]. La conservation à tout prix du MI aux dépens du pronostic fonctionnel et/ou vital du patient n'est évidemment pas la solution [4–7]. Un MI conservé, mais non fonctionnel ou une amputation secondaire tardive, est très mal vécu. Lange et al. ont décrit le premier les indications absolues d'amputation primaire

de membres inférieurs dans les traumatismes sévères à savoir les lésions d'écrasement avec ischémie de durée supérieure à 6 heures et la section du nerf tibial postérieur [8]. Notre hypothèse était la suivante : sous certaines conditions, l'amputation précoce d'un membre inférieur traumatisé (MIT) offrait de meilleures garanties fonctionnelles. L'objectif principal de ce travail rétrospectif était de démontrer que l'amputation précoce pouvait être une option thérapeutique pertinente et réfléchie dans les traumatismes menaçant les membres inférieurs. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer les résultats fonctionnels et l'impact économique d'une amputation précoce à court et long terme.

2. Matériel et méthode

2.1. Série

Cette série rétrospective et monocentrique a inclus tous les patients ayant présenté entre janvier 2004 et avril 2015 :

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.otsr.2017.05.022>.

[☆] Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research*, en utilisant le DOI ci-dessus.

^{*} Auteur correspondant.

Adresse e-mail : manuela.barla@icloud.com (M. Barla).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcot.2017.07.002>

1877-0517/© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

- une amputation de MI post-traumatique ;
- une fracture du fémur, du tibia ou du pilon tibial de stade III selon Gustilo ;
- toute fracture fermée responsable d'une amputation de MI post-traumatique.

Ont été exclus les patients pris en charge initialement dans d'autres centres et ceux, amputés sur les lieux de l'accident. Le suivi minimal était d'1 an.

Après un bilan clinique exhaustif et un bilan radiographique standard, une imagerie vasculaire était systématiquement réalisée. Après quoi, le patient était amené au bloc opératoire.

2.2. Méthode

Le Mangled Extremity Severity Score (MESS), décrit par Johansen, a été utilisé pour déterminer la viabilité d'une extrémité après un traumatisme [2]. Selon l'auteur, lorsque le score est inférieur à 7, le traitement est conservateur, s'il est supérieur à 7, l'amputation est préconisée. Le score MESS est effectué à l'admission (Annexe 1).

Les critères d'évaluation principaux, comparant amputation et conservation de MIT, ont été les suivants :

- la prédiction de l'amputation selon le score MESS ;
- les complications et séquelles ;
- la consolidation osseuse ;
- l'évaluation fonctionnelle au dernier recul.

Les complications ont été réparties en 5 items :

- l'amputation secondaire tardive ;
- les infections :
 - infection de fiches ou du moignon,
 - ostéite,
 - pseudarthrose septique ;
- les retards de cicatrisation des moignons ;
- l'échec de lambeaux ;
- les pseudarthroses non septiques.

Un délai de 3 mois après le traumatisme initial définit le caractère précoce ou tardif de l'amputation [1,9]. Les patients amputés tardivement faisaient partie du groupe avec conservation de MI.

La qualité de vie a été évaluée par le questionnaire Short Form 12 (SF-12), version raccourcie de l'échelle SF-36. Les 12 items donnent les scores résumés psychique (MCS) et physique (PCS) qui vont de 0 à 100. Un score supérieur à 50 indique un état de santé au-dessus de la moyenne de la population générale [10].

L'évaluation fonctionnelle a été appréciée par le périmètre de marche, l'utilisation de cannes, la reprise du travail et le score de Houghton. Ce score évalue les capacités fonctionnelles des amputés avec leur prothèse dans leurs activités de la vie quotidienne [11]. Le résultat va de 0 à 12. Un résultat supérieur ou égal à 9 traduit une réadaptation satisfaisante.

Les critères de jugement secondaire étaient les suivants :

- les nombres et journées d'hospitalisation ;
- les reprises chirurgicales.

2.3. Analyse statistique

Le test *t* de Student pour les variables quantitatives et le test exact de Fischer pour les variables qualitatives ont été utilisés. Le seuil de significativité *p* est fixé à 5 %.

Tableau 1
Répartition des fractures.

	Gustilo IIIA	Gustilo IIIB	Gustilo IIIC	Autres
Amputés	0	3	12	5
Sauvetage de membre	4	13	1	0
Jambe	3	8	12	–
Fémur	0	6	1	–
Pilon tibial	1	2	0	–

Tableau 2
Caractéristiques des groupes.

	Âge	Hommes (%)/femmes (%)	Polytraumatisme
Groupe A + C/n = 36	42,5	26 (72,2)/10 (27,3)	15
Groupe A/n = 20	47,6	15 (75)/5 (25)	9
Groupe TC/n = 16	37,4	11 (68,8)/5 (31,2)	6
Valeur <i>p</i>	NS	NS	NS

3. Résultats

3.1. Série

Nous avons inclus 42 patients correspondant à 44 MIT. Six patients ont été exclus : 4 prises en charge dans d'autres centres et 2 amputations sur les lieux de l'accident, soit au final 36 patients avec 38 MIT. Le recul moyen était de 33,9 mois.

Il y a eu 23 fractures ouvertes de jambe, 7 fractures ouvertes fémorales et 3 fractures ouvertes du pilon tibial. Le reste était constitué de 2 luxations ouvertes de genou et de 3 fractures fermées (2 pilons tibiaux et 1 fémur) (Tableau 1).

Au total, 63,6 % des traumatismes étaient des accidents de la voie publique (AVP), les accidents en 2-roues représentant 61,1 % des AVP. Le pourcentage de traumatismes qui étaient secondaires à des lésions d'écrasements était de 88,9. Les accidents du travail représentaient 33,3 % des traumatismes. Il y eut 15 polytraumatismes.

Les 2 groupes étaient comparables en termes d'âge, de sexe et de nature du traumatisme (Tableau 2).

Le groupe « amputés précoces » (A) était constitué de 20 patients – 15 hommes et 5 femmes, avec 20 MIT. Nous avons effectué 13 amputations transtibiales (65 %), 6 transfémorales (30 %) et 1 désarticulation du genou selon Gritti (5 %).

Le groupe « traitement conservateur » (TC) était constitué de 16 patients – 11 hommes et 5 femmes, avec 18 MIT.

L'âge moyen des 2 groupes était de 42,5 ans : 47,6 ans dans le groupe A (22–85) et 37,4 ans dans le groupe TC (16–76) ; sans différence significative entre les 2 groupes (*p* = 0,10).

Quatorze patients A (70 %) ont présenté un déficit vasculaire initial, contre 2 patients TC (12,5 %). Pour ces derniers, l'angiogramme avait retrouvé 1 axe artériel perméable. La présence de plaies artérielles était corrélée à un risque élevé d'amputation (*p* < 0,00007).

Sept patients A (35 %) et 1 patient TC (6,3 %) ont eu un déficit neurologique initial. Chez ce dernier, il s'agissait d'un déficit sensitif du nerf fibulaire commun, spontanément régressif. La lésion du nerf tibial postérieur fut rapportée à un taux d'amputation plus important (*p* < 0,035).

Le score MESS était de 7,8 dans le groupe A (4–11), significativement plus élevé que dans le groupe TC où il était de 4,9 (3–7) (*p* < 0,00001).

Les patients A avaient moins de journées d'hospitalisation que les patients TC : 16,3 jours contre 27,3 jours (*p* < 0,002) ; les patients A étaient moins hospitalisés : 1,4 fois versus 3,8 fois (*p* < 0,0002).

Les amputés ont eu 3,5 interventions chirurgicales en moyenne, les reprises concernaient exclusivement les infections ou nécroses sur moignon. Les patients TC ont eu 6,1 interventions en moyenne.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8803776>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8803776>

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