

Traitement des plaies, morsures, piqûres de tiques et fractures pédiatriques

Traumatologie au cabinet de médecine de famille

Le traitement des urgences traumatologiques fait partie de la médecine de premier recours et relève du service d'urgence des médecins de famille. Certaines blessures sont fréquentes et doivent au moins pouvoir être évaluées. Il peut être difficile pour les médecins de famille ayant une formation chirurgicale limitée de décider si un problème peut être résolu au cabinet.

Martin Walliser

Unfallchirurgie, Kantonsspital Glarus

Introduction

Cet article vise à résumer les principes de base et les expériences, à transmettre quelques conseils et astuces et à attirer l'attention sur des situations potentiellement dangereuses et des risques spécifiques. La décision d'une prise en charge autonome en urgence ou, au contraire, d'une hospitalisation précoce peut s'en trouver facilitée.

Traitement des plaies

Nettoyage et désinfection des plaies: Pour cette thématique, j'aimerais aussi renvoyer au chapitre «Chirurgie en médecine de famille» (en allemand) sur medix.ch [1]. Les coupures propres récentes et plutôt superficielles ou les lacerations/contusions peuvent être traitées sans problème au cabinet de médecine de famille, même si elles sont étendues. Au niveau du visage, les plaies peuvent même faire l'objet d'une fermeture primaire pendant jusqu'à 24 heures si elles sont propres. En général, une anesthésie locale (le plus souvent, Rapidocain® 1% sans adrénaline) est utilisée avec infiltration des berges de la plaie, bloc de champ ou bloc de conduction. Il est essentiel de bien nettoyer et rincer la plaie. Les désinfectants ne doivent toutefois être utilisés que superficiellement! En cas de plaies très souillées ou même de contamination fécale, si la plaie est rincée directement avec un désinfectant (par exemple avec solution iodée diluée), un rinçage abondant doit ensuite être effectué avec du NaCl ou du Ringer lactate. Un antiseptique efficace est cytotoxique et un rinçage insuffisant entraîne des nécroses tissulaires qui peuvent perturber le processus de cicatrisation. Il faut en tenir

compte en particulier en cas de rinçage profond de la plaie avec Octenisept® [2, 3], raison pour laquelle il est préférable de n'utiliser cet antiseptique que superficiellement, surtout chez les enfants mais aussi chez les adultes. En cas de plaies souillées, il faut veiller à ce que l'adaptation à la plaie soit souple, voire mettre en place une mèche ou un drainage supplémentaire afin de permettre l'évacuation des sécrétions.

Antibioprophylaxie: Bien que la plupart des plaies simples ne nécessitent pas d'antibioprophylaxie, une contamination bactérienne doit être présumée pour les plaies datant de plus de six heures. Cela influence la décision de savoir si un traitement primaire est possible, si une antibioprophylaxie doit être ajoutée ou si un traitement ouvert de la plaie est la solution la plus sûre. Une antibioprophylaxie primaire est recommandée pour les plaies souillées et plus profondes que la couche sous-cutanée, en particulier en cas de contamination fécale, de morsures ou de plaies de la main.

En outre, la vaccination contre le tétanos doit être vérifiée, un rappel pouvant être effectué de manière anticipée en cas de plaies étendues et contaminées.

Matériel de suture: Pour le traitement des plaies, il convient en principe d'utiliser des nœuds simples, sans point inversé, sans sutures continues et sans sutures intradermiques. Cela facilite bien sûr aussi le retrait du fil: plus les points d'entrée et de sortie sont éloignés, plus il est facile de retirer complètement le fil. Le matériel de suture utilisé est un monofilament non résorbable (Ethilon, Dermalon, etc.) d'épaisseur appropriée. Chez l'adulte: cuir che-

velu 2-0, visage et mains 5-0 ou 4-0, autres régions 3-0. Chez l'enfant, un niveau plus fin, 5-0 étant le fil le plus fin facile à suturer. En cas de blessures étendues impliquant le tissu sous-cutané ou les fascias, des sutures sous-cutanées ou fasciales adaptatives peuvent s'avérer utiles. Dans ce cas, un fil polyfilament résorbable (Vicryl) de dimensions 4-0 à 3-0 est généralement utilisé.

Chez les enfants, il est également possible, dans des circonstances favorables, d'utiliser du matériel de suture résorbable avec une technique de suture simple pour éviter le retrait des fils. Les colles cutanées telles qu'Histoacryl®, la colle de fibrine ou encore la suture adhésive Steristrip® sont une bonne alternative pour les plaies qui peuvent être adaptées avec peu de tension et qui sont parallèles aux lignes de Langer [4]. Il faut faire preuve de prudence lorsque les plaies situées à proximité des yeux sont collées! Le résultat cosmétique est généralement le meilleur avec une suture monofilament bien adaptée. Le fait est toutefois que chez les enfants, il faut souvent faire des compromis, en particulier lorsqu'une hospitalisation pour le traitement d'une plaie sous anesthésie semble disproportionnée.

Pansements: Le pansement primaire après le traitement d'une plaie doit pouvoir absorber les liquides et être non occlusif. Après le premier contrôle de la plaie (qui devrait avoir lieu après 24–48 heures), il est possible, dans certaines circonstances, de passer à un pansement film (compatible avec la douche) ou à un simple pansement adhésif.

Retrait des fils: Les fils doivent bien sûr être retirés le plus rapidement possible, mais

pas trop tôt: d'un côté, la réaction inflammatoire autour des fils peut détériorer le résultat cosmétique; d'un autre côté, une déhiscence secondaire de la plaie après un retrait trop précoce des fils n'est pas optimale. La règle est la suivante: visage, mains et plaies pédiatriques: 5 jours, toutes les autres plaies env. 10–14 jours. Chez les patientes et patients souffrant de maladies qui influencent la cicatrisation des plaies (diabète, patientes et patients oncologiques, troubles de la circulation sanguine), les fils peuvent être laissés sans problème pendant jusqu'à trois semaines.

Morsures

Les morsures d'animaux, notamment de chats et de chiens, sont de plus en plus fréquentes. En raison de la nature de leur dentition, les morsures de chats sont en principe les plus dangereuses. Les canines fines et pointues peuvent pénétrer profondément dans les tissus et laisser un mélange bactérien extrêmement agressif dans tout le canal de perforation. Les bactéries partiellement anaérobies ou anaérobies facultatives peuvent provoquer des infections fulminantes en peu de temps dans les plaies fermées en surface. Ceci est particulièrement dangereux en cas de morsures au niveau de la face palmaire de la main. Un phlegmon des tendons fléchisseurs se propage rapidement à la main et à l'avant-bras proximal en raison des connexions anatomiques entre les compartiments des tendons fléchisseurs et ne peut être contrôlé que par des mesures chirurgicales supplémentaires, même en utilisant les meilleurs antibiotiques. Pour cette raison, l'exploration de la plaie et le sondage pour évaluer le canal de perforation en termes de pénétration des gaines tendineuses et des tendons sont extrêmement importants. En outre, il est le plus souvent nécessaire de pratiquer une excision superficielle fusiforme autour du site de perforation et, le cas échéant, d'insérer une mèche afin de garantir l'évacuation des sécrétions. Cette excision superficielle est souvent réalisée de façon trop parcimonieuse. Si une lésion, en particulier des gaines tendineuses, est présente ou ne peut être exclue avec une grande certitude, il convient d'envisager une hospitalisation et une évaluation par un médecin spécialiste. En effet, de telles situations sont souvent délicates, même à l'hôpital, et une révision du site de morsure est souvent refusée lorsque des symptômes font (encore) défaut. Dans tous les cas, des contrôles de suivi étroits sont nécessaires et une nouvelle consultation doit avoir lieu immédiatement au moindre soupçon et en cas d'augmentation de la rougeur, du gonflement et de la douleur.

En cas de présentation tardive après une morsure supposée mineure, avec une infection

déjà avancée, une rougeur douloureuse prononcée, une lymphangite, une lymphadénite, de la fièvre et une détérioration de l'état général, une orientation vers un hôpital disposant des compétences nécessaires est indiquée. Dans cette situation, l'antibiothérapie IV est obligatoire, dans la plupart des cas avec une exploration chirurgicale de la plaie infectée.

Pour le médecin de famille, cela signifie que pratiquement seules les morsures récentes (dans les premières heures) et plutôt superficielles, situées en dehors de la zone de la main, doivent être traitées. Notamment en cas de morsure de chat, cela implique généralement une excision superficielle, une immobilisation conséquente et une prophylaxie avec un antibiotique à large spectre (par exemple co-amoxicilline par voie orale pendant au moins 5 jours). Des contrôles cliniques rapprochés sont indispensables, au moins pendant les premières 24 à 48 heures.

Une antibioprofylaxie peut en principe être largement administrée pour toutes les morsures d'animaux domestiques et sauvages (y compris événements plutôt inhabituels tels que morsures de chauve-souris), ainsi que pour les morsures humaines bien entendu. La taille et la forme de la dentition, et bien sûr la profondeur et la localisation de la blessure, sont des facteurs décisifs. Souvent, le traitement peut tout à fait être effectué correctement au cabinet de médecine de famille. Une progression de l'infection doit toutefois être reconnue afin de ne pas manquer le moment où une hospitalisation s'impose [5].

Piqûres de tiques

En raison de l'évolution de ces dernières années, il est également judicieux de mentionner brièvement les piqûres de tiques. La trompe de succion, munie d'une sorte de crochet, est enfoncée dans la peau et souvent cassée ou arrachée lors de l'extraction de la tique. Cela peut provoquer des inflammations locales, mais celles-ci sont le plus souvent auto-limitantes, car la trompe est expulsée d'elle-même de la peau du fait de la réaction inflammatoire et de la formation de pus. De plus en plus de personnes piquées par des tiques ne sont cependant plus en mesure de les retirer elles-mêmes et se présentent en urgence au cabinet médical. Pour retirer une tique, il ne faut rien de plus qu'une bonne pincette anatomique – il existe même des pincettes spécialement conçues à cet effet. Il est recommandé de saisir la tique par le tronc, le plus près possible de la trompe, et non par le corps qui est peut-être déjà volumineux. En tirant lentement et prudemment (une rotation supplémentaire est inutile et entraîne plutôt un arrachement de la trompe), il est généralement possible de retirer la tique entière, y

compris la trompe. Il ne faut désinfecter qu'après l'extraction. L'utilisation de substances chimiques et de désinfectants peut amener la tique à vider le contenu de son estomac, ce qui peut augmenter la probabilité de transmission de maladies vectorielles.

En principe, une antibioprofylaxie n'est pas nécessaire après l'extraction de la tique. Toutefois, si une infection secondaire de la plaie se produit, une antibioprofylaxie doit bien entendu être entreprise dans le cadre des symptômes. En cas d'érythème migrant évident, signe d'un stade primaire de la borréliose, un traitement par doxycycline est indiqué. Le même médicament est également utilisé pour traiter la peste du lièvre (tularémie). L'agent pathogène (*Francisella Tularensis*) s'est solidement implanté dans de nombreuses régions de Suisse ces dernières années. Il s'agit des deux principales bactéries pathogènes pour l'homme. Le risque d'infection par la borréliose en Suisse est d'à peine 3% de toutes les piqûres de tiques. Pour la tularémie et les infections à rickettsies, le risque est encore plus faible, mais il existe des différences régionales.

Parmi les virus, la méningo-encéphalite verno-estivale (MEVE) est la principale maladie transmise par les tiques. Toutefois, ces dernières années, divers autres flavivirus s'y sont ajoutés, comme par exemple le virus Alonsghhan (ALSV). Toutefois, il existe à ce jour uniquement un vaccin efficace contre la MEVE, qui est en principe recommandé dans les régions endémiques et chez les groupes à risque. Le risque d'infection après une piqûre de tique est inférieur à 1%, mais là aussi, il existe de grandes différences régionales [6].

Fractures pédiatriques

Un cabinet situé dans une station de sports d'hiver ou loin de l'hôpital le plus proche doit presque obligatoirement être équipé de procédés diagnostiques tels que la radiographie (éventuellement aussi l'échographie). De plus, l'immobilisation au moyen d'orthèses adaptées et le plâtrage doivent faire partie du répertoire. Globalement, environ 60 à 80% de toutes les fractures pédiatriques peuvent faire l'objet d'un traitement conservateur, qui peut en principe être mis en œuvre dans n'importe quel cabinet. Toutefois, l'évaluation des fractures chez l'enfant, l'immobilisation et les contrôles de suivi requièrent une certaine expérience. Il est tout à fait possible de se concerter avec des collègues expérimentés en traumatologie exerçant en clinique. De tels modèles se sont établis dans de nombreuses régions et ont fait leurs preuves. En cas d'incertitude, il est également possible de planifier un contrôle de suivi en clinique, notamment pour se rassurer et obtenir un résultat thérapeutique optimal. Les fractures au

niveau du poignet et de l'humérus proximal sont très fréquentes et présentent un très bon potentiel de correction et une très bonne tendance à la guérison. Toutes les fractures touchant le cartilage de conjugaison (fractures épiphysaires) et des localisations spécifiques comme le coude (fractures supracondyliennes) sont plus délicates et justifient une orientation vers un spécialiste, de même bien sûr que toutes les fractures déplacées qui doivent être réduites et fixées [7].

Fractures métaphysaires: En particulier dans le cas des fractures métaphysaires (les plus fréquentes chez l'enfant), le potentiel de correction considérable résultant du cartilage de conjugaison doit être pris en compte dans le traitement. En fonction de l'âge de l'enfant, du déplacement de la fracture par rapport à l'axe de mouvement principal et de la distance entre la fracture et le cartilage de conjugaison, des malpositions étonnantes peuvent être tolérées sans qu'il faille craindre une perte de fonction ultérieure. Les parents doivent être informés précisément de la durée de correction escomptée d'une malposition. En règle générale, il faut compter environ 5° de potentiel de correction par an pour la bascule dorsale typique au niveau du radius distal, ce potentiel étant nettement plus important chez les enfants de moins de six ans et plus faible lorsque le cartilage de conjugaison est sur le point de se fermer à la fin de la puberté.

Fractures épiphysaires: Dans le cas des fractures du cartilage de conjugaison (Aitken, Salter-Harris), le seuil pour une correction chirurgicale est nettement plus bas et une orientation vers une clinique est plutôt la norme. Seules les fractures non déplacées peuvent être traitées au cabinet.

Fractures diaphysaires: Pour les fractures diaphysaires, le potentiel de correction est nettement plus faible que pour les fractures métaphysaires, et en cas d'angulations et de défauts de rotation, le seuil pour une correction et une fixation chirurgicales est également bas. En règle générale, un maximum de 5° peut être toléré. En particulier dans le tiers moyen de la diaphyse, le potentiel de correction de l'angulation et de la rotation est limité, y compris chez le jeune enfant. Un simple déplacement de l'axe longitudinal sans angulation est en principe bénin tant qu'il y a un contact osseux. Chez le jeune enfant, il est possible d'escompter un bon résultat et un temps de guérison normal même en cas de déplacement d'une largeur de diaphyse entière. Pour les blessures des membres en charge et de l'avant-bras, l'évaluation par un spécialiste expérimenté est cependant souvent utile. En cas de malpositions et de limitations fonctionnelles cliniquement pertinentes après la guérison, une correction secon-

daire, qui n'est souvent effectuée qu'après la fin de la croissance du squelette, s'avère très complexe. Une évaluation primaire correcte suivie d'une réduction fermée et d'une stabilisation sous anesthésie est clairement la meilleure solution pour l'enfant et les parents.

Principes thérapeutiques: Le point commun à toutes les fractures est l'immobilisation primaire dans un plâtre fendu, tant qu'il existe encore une tendance croissante au gonflement. Il convient de mentionner qu'en général, chez les enfants de moins de six ans, l'immobilisation de l'avant-bras ou de la jambe inclut également le coude ou le genou, car les plâtres «normaux» peuvent glisser en direction distale en raison de la couche de tissus mous. Un contrôle radiologique clinique avec circularisation du plâtre consécutive est effectué après 5–7 jours et le plâtre est laissé en place jusqu'au contrôle final. Les fractures considérées comme stables (par exemple les fractures en motte de beurre du radius distal, très fréquentes) peuvent cependant aussi tout à fait faire l'objet d'un suivi purement clinique, sans documentation radiographique. Dans ce type de fracture, l'immobilisation dépend principalement de l'enfant lui-même et l'os en soi doit seulement être protégé afin d'éviter une nouvelle fracture en cas de chute sur la zone concernée. En règle générale, les durées d'immobilisation sont les suivantes: 2–3 semaines pour les enfants de moins de 6 ans, 4–6 semaines pour les enfants de 6–10 ans et aux alentours de 6 semaines à partir de 10 ans jusqu'à la fermeture du cartilage de conjugaison, comme pour les adultes. Le temps de guérison peut cependant varier en fonction de la localisation de la fracture, de l'âge et de l'origine ethnique, et il est impossible de fournir ici des durées d'immobilisation universelles. L'expérience montre qu'un enfant s'accommode mieux d'une immobilisation plutôt généreuse que d'un nouveau plâtre. En principe, une fracture est considérée comme guérie et mobilisable lorsque la radiographie montre un cal endosté et périosté calcifié et que le cal n'est plus douloureux à la pression. Il arrive souvent qu'après le retrait du plâtre, l'enfant ne sollicite et n'utilise pas tout de suite pleinement le membre concerné. Il faut parfois un peu de temps pour que la peur se dissipe et que la confiance revienne. Un suivi physiothérapeutique après des fractures pédiatriques n'est normalement pas nécessaire.

Résumé pour la pratique

Le traitement des urgences chirurgicales au cabinet de médecine de famille est une composante majeure d'une bonne prise en charge médicale de premier recours. Les exigences sont toutefois très variées et peuvent être à la fois délicates et chronophages. De prétendues

bagatelles peuvent être à l'origine de complications graves, voire de cas de responsabilité civile. Pour cette raison, notamment les médecins de famille inexpérimentés en chirurgie doivent suivre certaines recommandations et, en cas d'incertitude, faire appel à un médecin spécialiste. Dans la plupart des cas, cela peut également se faire le lendemain pendant les heures de travail normales si les soins primaires sont de qualité. De même, une complication imminente, par exemple une infection naissante, doit être détectée, avec une orientation aussi précoce que possible vers un spécialiste. Des contrôles cliniques étroits dans les 24 à 72 heures suivant une blessure aiguë permettent de détecter les problèmes à temps et de prendre les mesures nécessaires.

Correspondance

Dr. med. Martin Walliser
Unfallchirurgie
Kantonsspital Glarus
Burgstrasse 99
CH-8750 Glarus
Walli[at]spin.ch

Conflict of Interest Statement

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts potentiels.

Références

- Scotland H. Guideline: Chirurgie in der Hausarztmedizin. Dernière révision: 09/2020 / dernière modification: 05/2023. PDF créé le 27.09.2023
- Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft: Schwere Gewebeschädigungen nach Spülung tiefer Wunden mit Octenisept®. Link: 1Dtsch Arztebl 2017; 114(4): A-184 / B-164 / C-164
- Greminger Ma, Ernert Ca, Fritsche Ea, Merky Da, Ducommun Pa, Marco Rossi Mb, Philipp Kaiser Phb, Hug Ua. a Luzerner Kantonsspital, Klinik für Hand- und Plastische Chirurgie; b Luzerner Kantonsspital, Abteilung für Infektiologie und Spitalhygiene. Über die unsachgemässe Anwendung von Octenisept®. Sbei Handverletzungen. SWISS MEDICAL FORUM – SCHWEIZERISCHES MEDIZIN-FORUM 2016;16(32):642–644
- Röllin A. Kleben statt Nähen? – Wundverschluss mit Gewebeklebern pharma-kritik-Jahrgang 36, PK949, Lien article en ligne: <https://doi.org/10.37667/pk.2014.949>.
- Rothe K, Tsokos M, Handrick W. Tier- und Menschenbissverletzungen Dtsch Arztebl Int 2015; 112: 433–43; <https://doi.org/10.3238/arztebl.2015.0433>
- Office fédéral de la santé publique OFSP [Internet]. Berne: Maladies transmises par les tiques [cited 2023 Nov 20]. Available from: <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick/zeckenuebertragene-krankheiten.html>
- pédiatrie suisse [Internet]. Fribourg: Traitement des fractures – un guide pratique [cited 2023 Nov 20]. Available from: <https://www.paediatricschweiz.ch/fr/traitement-des-fractures-un-guide-pratique/>