Prise en charge de PLAIES aux Urgences

Cet algorithme décisionnel ne se substitue pas au jugement clinique.

Anamnèse :
- Délai
- Terrain
- Mécanisme
- Siège de la plaie
- Soins déjà prodigués ?
- Status vaccinal

↓

Au tri : Désinfection, lavage abondant au sérum physiologique

A Status

Soins de plaie :
- Désinfection, champage, anesthésie locorégionale
- Exploration +/- avec garrot, avec une sonde boutonnée si nécessaire : en cas de lésion de structure noble, ad avis spécialisé
- Parage en cas de berges nécrotiques
- Suture de plaie si récente (<12 heures), non contuse, non souillée -> Suture (*Stéristrip®, colle, points simples, points d'hémostase en X, agrafes…)* +/- drain de Penrose clic, et pansement adapté.
- Si plaie ancienne, lavage minutieux+++, parage et suture non étanche

Douleur :
- Antalgie au besoin (méopa, protocole de morphine topique,…)

Antibiotique préemptif uniquement si :
- Plaie fortement contaminée, contamination tellurique ou excréments
- Fracture ouverte, exposition articulaire ou tendineuse : avis spécialisé
- Terrain à risque selon situation *(diabète, immunosuppression, chimio, asplénisme, artériopathie, insuffisance veineuse, …)*
- Durée : 3 jours

B Vaccination antitétanique

Et, en cas de morsure animale, protocole antirabique clic

Immobilisation si :
- Plaie en regard d'une articulation avec risque de déhiscence
- Plaie de la main selon avis spécialisé

Prise en charge globale du terrain +/- avis spécialisé
(diabète déséquilibré, immunosuppression, artériopathie, insuffisance veineuse, …)

↓

1er contrôle clinique :
- Morsure : -> contrôle à 24 heures
- Plaie à haut risque infectieux -> contrôle à 24-48 heures
- Autre : -> contrôle selon le terrain et la plaie

Ablation des fils :
Durée préconisée selon localisation de la plaie clic

Drapeaux rouges
- Plaie pénétrante *(arme à feu, arme blanche, Karcher®, produit chimique,…)*
- Plaie en regard d'un axe vasculo-nerveux ou d'un organe vital *(instable? ischémie aiguë? déficit?)*

Status A
- Signes infectieux
- Status neuro-musculaire, vasculaire
- Présence d'un corps étranger ?
- Emphysème ? +/-radio

Principes de soins de plaie avec perte de substance
- Cautérisation par bâton nitrate d'argent *(Argentrix®)*, ou pansement compressif
- Usage de pansement spécifique *(compresses Alginate de calcium, tampon Tabotamp®, etc.)*
- Pansement vaseliné *(cf. tulle gras)*

Ne pas suturer *(cicatrisation dirigée ou avis spécialisé)*
- Plaie avec petite perte de substance sans exposition des structures nobles
- Morsures. Si plaie délabrante, ad avis spécialisé
- Plaies souillées à haut risque infectieux
- Cartilage de l'oreille
- Langue. Si plaie délabrante, ad avis spécialisé

Suture : quel fil utiliser ?
- Visage : fil fin non-résorbable (5-0 ou 6-0)
- Cuir chevelu et autres parties du corps : fil non-résorbable (4-0 ou 3-0) ou agrafes
- Muqueuse, lèvre rose : fil résorbable à résorption rapide (4-0)
- Peau type « papier cigarette » décollée : appliquer la peau avec fil résorbable rapide (4-0) et y faire de petites incisions de décharge *(évacuation des sérosités, hématome)*
- Tissus sous-cutanés : fil résorbable (4-0)
- Lit de l'ongle, tendon, muscle, … : avis spécialisé

Rappel antitétanique B **+ d'infos** Recommandation antitétanique
- Plaie à risque élevé d'infection :
  Si >10 ans pour les patients âgés de 30 à 64 ans
  Si >5 ans pour les autres tranches d'âge
- Plaie à risque faible d'infection :
  Si >20 ans pour les patients âgés de 30 à 64 ans
  Si >10 ans pour les autres tranches d'âge

Facteurs de risque de retard de cicatrisation :
- Diabète, tabagisme, alcoolisme
- Dénutrition
- Âge très avancé
- Traitements en cours *(corticoïdes, immunosupression, …)*

Version 15.01.2019

C. Levallois/Y.Green/H. Vuagnat

Références biblio : 12ième conférence de consensus de la prise en charge des plaies aux urgences, 2005, Société Francophone de Médecine d'Urgence

Vers p. 1

Plaie suturée : ablation des fils et soins de cicatrice

Délai pour ablation des fils :

• Visage	5 jours (sauf paupière : 3 jours)
• Cou	3 à 4 jours
• Cuir chevelu	7 à 14 jours
• Thorax et extrémités supérieures	7 à 14 jours
• Extrémités inférieures	8 à 10 jours
• Autre localisation	10 jours (et selon jugement clinique !)

deLemos D, Stack A, Wolfson A, Wiley JF, Closure of minor wounds with sutures *Uptodate 28 juin 2018*

Après ablation des fils, conseiller au patient l'application sur la cicatrice d'une **Crème de protection solaire « écran total » pendant 1 année.**

Vers p.1

Vaccination antirabique - PEP

Protocole RUG « rage » : *http://www.urgences-ge.ch/sites/rug/files/protocoles/Protocoles/non-traumatologique/rage_pep.pdf*

Schéma standard de vaccination postexpositionnelle active contre la rage

Statut vaccinal	Schéma de vaccination	Autres mesures
Vaccination complète[a]	2 × 1 dose i.m. aux jours 0 et 3	Contrôle sérologique au jour 14, le cas échéant vaccination et contrôle sérologique supplémentaires 1× par semaine, jusqu'à ce que le titre d'anticorps atteigne 0,5 UI/ml.
Pas de vaccination/ vaccination incomplète[b]	4 × 1 dose i.m. aux jours 0, 3, 7 et 14	Contrôle sérologique au jour 21, le cas échéant vaccination et contrôle sérologique supplémentaires 1x par semaine, jusqu'à ce que le titre d'anticorps atteigne 0,5 UI/ml. Toujours administrer simultanément des immunoglobulines au jour 0: 20 UI/kg PC, si possible autour de la plaie, la dose restante par voie i.m. dans le deltoïde controlatéral ou la partie antérolatérale de la cuisse. Si elles ne sont pas disponibles immédiatement, les immunoglobulines peuvent encore être administrées jusqu'au jour 7 suivant le début de la vaccination (= jour 0).

[a] Primovaccination (≥3 doses) ou vaccination postexpositionnelle (4 doses) au moyen d'un vaccin recommandé par l'OMS ou vaccination avec un vaccin contre la rage quelconque en cas de titre d'anticorps postvaccinal suffisant et documenté.
[b] <3 doses.

Extrait Bulletin officiel OFSP – fevr. 2012 : Changement du schéma de prophylaxie post-expositionnelle contre la rage: mise à jour des recommandations

Vers p.1

Drain de Penrose

Dispositif chirurgical permettant le drainage d’une cavité. Il se compose d'un tube en latex souple placé dans une zone de la plaie, pour empêcher l'accumulation de liquide.

C’est un drain plat et tubulaire non aspiratif, qui permet un drainage par déclivité.

Il est utilisé pour les plaies superficielles.

Le Penrose peut être mobilisé, c’est à dire partiellement retiré, afin que le drain à l’intérieur de la plaie soit plus court et draine ainsi une autre zone. La partie extérieure du drain peut être raccourcie en conséquence avant de refaire le pansement.