

CONDUITE A TENIR DEVANT UNE PLAIE DE LA MAIN

I. GENERALITES :

Les traumatismes de la main sont fréquents. La main est particulièrement exposée dans les différentes activités de l'homme. Les accidents du travail sont une cause importante de ces traumatismes, la main est l'organe du toucher grâce à la sensibilité particulière du revêtement cutané. C'est l'organe de la préhension par son aptitude à saisir les objets. Le pouce a une fonction particulière, c'est un élément essentiel de la préhension par sa force et sa fonction d'opposition. Les autres doigts ont un rôle bien précis lors des prises (prises pollici- digitale, prise digito- palmaire, prise interdigitale). Ces traumatismes nécessitent un examen soigneux pour porter les indications thérapeutiques.

II. CONDUITE A TENIR DEVANT UNE MAIN TRAUMATIQUE SUR LES LIEUX DE L'ACCIDENT : le premier examen fait après un accident en dehors d'un centre ne peut être que sommaire le blessé anxieux et souffrant répondra mal aux questions .

Il faut alors :

- Protéger la main blessée
- Assurer au plus tôt l'évacuation du blessé vers un centre chirurgical spécialisé.

Les premiers soins résumeront :

1. enlever les bagues et bracelets car la main gonfle, il y a risque de striction.
2. la plaie ne devra pas être nettoyé par des antiseptiques, on se contentera tout au plus à nettoyer ma peau saine souillée autour des plaies.
3. il faut éviter à utiliser les antiseptiques colorées type mercurochrome
4. la plaie sera protégée à l'aide de compresses stériles qui ne devront jamais être circulaires puis enveloppées par une épaisse couche de coton hydrophile.
5. le tout maintenu par un bandage peu compressif
6. enfin il faut immobiliser sommairement la main et le poignet à l'aide d'une attelle.
7. contrôle de l'hémorragie par un épais pansement compressif et surélévation du membre
8. éviter de mettre un garrot car c'est un geste dangereux.
9. en cas de mutilation de la main il faut s'efforcer de récupérer les fragments détachés (lambeaux, cutanés, doigts) car leur utilisation peut être possible s'ils correctement conservés)
10. évacuation du blessé vers un centre spécialisé, veiller à le laisser à fd »zffeun pour une éventuelle intervention chirurgicale.

III. CONDUITE A TENIR EN MILIEU HOPITALIER : dans une salle de pansement propre, on dresse le premier bilan des lésions en s'entourant bien sur des précautions habituelles contre l'infection, (bavette, gant stériles).

Le pansement provisoire est alors enlevé, la manipulation se fait à l'aide de gants et d'instruments stériles.

La main est nettoyée à nouveau

La plaie sera nettoyée au bloc opératoire.

EXAMEN DU BLESSE : il doit être conduit de manière méthodique et rigoureuse

1. INTERROGATOIRE :

Il précise les circonstances de l'accident

- La position de la main et des doigts au moment de l'accident
- La nature de l'agent vulnérant permettant d'opposer :

a. Les traumatismes fermés :

- Contusion simple directe ou indirecte avec possibilités de lésions osseuses ou tendineuses par rupture.
- Contusion appuyée et prolongée exemple écrasement par rouleau de compression.

b. Les traumatismes ouverts :

- Section franche par bris de verre ou couteau par exemple
- Section complète par scies circulaires
- Ecrasement par presse avec éclatement cutané.

C les infiltrations : lors d'accident de travail sous pression de graisse ou peinture.

L'interrogatoire présente un intérêt particulier, pour établir le degré de septicité de la plaie, il précise l'heure, le mode d'accident domestique, agricole, ou voie publique. Il précise également la nature de l'agent vulnérant (éclat de verre, morsure animale ou humaine, outil, moteur, machine industrielle, infiltration sous pression ou traumatisme par agents balistiques).

2. EXAMEN CLINIQUE :

L'examen clinique dès lors comporte une série d'étapes qui vont apprécier les lésions des divers tissus : (Peau, Tendons, Muscles, Nerfs, Vaisseaux, Os)

A. LESIONS CUTANEE : il faut apprécier la vitalité de la main, la couleur de la peau, la température et le pouls capillaire :

- Un doigt blanc traduit une lésion artérielle
- Un doigt bleu traduit une lésion de retour veineux

On peut rencontrer des lésions simples et des lésions compliquées :

- Plaie punctiforme, ou linéaire franche ou contuse
- Abrasion cutanée (dermabrasion).
- Plaie avec perte de substance mettant à nu les éléments sous-jacents

Les lésions compliquées et graves peuvent être des écrasements, démantèlement ou une amputation unique ou multiple incomplète ou complète.

Il faut préciser le siège de cette amputation :

- Pulpaire distale (l'état de l'appareil unguéal)
- Pouce ou doigt long
- Main ou poignet.

B. LES LESIONS VASCULAIRES :

Il faut apprécier :

- La coloration du doigt, la chaleur locale, le pouls capillaire
- L'importance des dégâts qui peut être préjugé sur :
 - La localisation et la profondeur des plaies en les confrontant avec la projection cutanée des artères et des veines.

- L'existence d'une lésion nerveuse associée.
- Le saignement en jet de la plaie.

C. *LES LÉSIONS NEUROLOGIQUES :*

L'appréciation des lésions nerveuses nécessite un examen particulier pour apprécier :

1. *la perte de la sensibilité qui sera appréciée au pique touche (aiguille ou trombone) dans le territoire des nerfs médian, cubital et radial.*
2. *dans les traumatismes de la main il faut toujours rechercher un syndrome de compression lié à l'œdème ou aux fractures dans les traumatismes importants.*

D. *LES LÉSIONS OSTEO-ARTICULAIRES :*

1. *plaie articulaire*
2. *lésion osteo- articulaires : les déformations clinique s permettent une première approche diagnostic mais seul l'examen radiologique appréciera les fractures simples ou comminutives, les luxations et les fractures luxations des métacarpiens et des phalanges.*

E. *LES LESION TENDINEUSES :* le bilan précis ne sera réalisé que par l'exploration chirurgicale, cependant l'examen clinique permet une première approche diagnostic. on distingue les lésions des tendons extenseurs et les lésions tendons fléchisseurs.

1. *lésions des tendons extenseurs ; la section entraîne des déformations caractéristiques :*
 - *section en zone I : entraîne la perte de l'extenseur active de P₃, c'est la déformation en MAILLET et FINGER.*
 - *section en zone III : entraîne une perte de l'extension active de P₂, c'est l'aspect en BOUTONNIERE (lésion récente) , ou en COL de CYGNE (lésion ancienne).*
 - *section en zone V : entraîne une perte de l'extension complète des doigts.*
2. *lésions des tendons fléchisseurs :*
 - *la section des tendons fléchisseurs superficiel et profond (FCS et FCP), se traduit par l'impossibilité de fléchir activement P₂ et P₃. le doigt reste alors extension.*
 - *On apprécie le FCP en bloquant l'IPP en extension et en demandant au patient de fléchir activement l'IPD.*
 - *On apprécie le FCS en bloquant la MCP en extension et en demandant au patient de fléchir activement l'IPP :*
 - *FCS : tendon fléchisseur commun profond*
 - *FCS : tendon fléchisseur commun superficiel*
 - *MCP : l'articulation métacarpo- phalangienne*
 - *Les sections partielles peuvent passer inaperçues et ne sont reconnues que par l'exploration opératoire.*
 - *Dans les sections complètes la rétraction du bout proximale est souvent importante surtout si l'agent vulnérant a agit doigt fléchi.*

Toutes plaie de la main doit être explorée sous anesthésié locale en salle de parage afin de ne pas passer à côté des lésions tendineuses incomplètes qui peuvent se compléter secondairement.

F. *LES LÉSIONS MUSCULAIRES :* elles intéressent la musculature intrinsèques de la main (muscles de l'éminence thénar et les muscles de l'éminence hypothénar) ; et des plaies contuses.

IV. CONDUITE A TENIR MUSCULAIRES :

La réparation des lésions de la main se fait au bloc opératoire sous anesthésie locale ou loco- régionale ou générale ; un bilan préopératoire d'opérabilité est nécessaire. Sous couverture antibiotique et prophylaxie antitétanique, la tactique opératoire comprend trois étapes essentielles :

1. *Nettoyage et parage : ce temps est indispensable,*
 - *il est réalisé sous garrot pneumatique*
 - *le lavage doit être abondant au SSI9% bétadine et eau oxygénée*
 - *le parage c'est l'excision économique les tissus contus et dévitalisés voués à la nécrose.*
 - *L'hémostase rigoureuse réalisée*
2. *Exploration : elle nécessite un abord chirurgical large exposant parfaitement les lésions, et individualisant les vaisseaux, les nerfs et tendons intéressés par le traumatisme.*
3. *Réparation : ce temps est bien défini dans ses différentes étapes :*
 - a. *Stabilisation du squelette par fixation interne (brochage, vissage, plaque) ou rarement par fixation externe (mini fixateur externe).*
 - b. *Réparation vasculaire*
 - c. *Réparations nerveuses*
 - d. *Réparations tendineuses*

Le développement de la microchirurgie, a fait franchir actuellement un cap important à la chirurgie d'urgence de la main ; l'attitude logique consiste à réparer systématiquement, tout en un temps toutes les lésions (les lésions des artères, des nerfs, des tendons, et des os de la main). Avec une couverture immédiate (lambeau local, locorégional ou à distance). Cette attitude ajoute un bénéfice circulaire trophique et fonctionnel important ; grâce à une rééducation mobilisatrice et proprioceptive précoce.

V. SOINS POST OPERATOIRE :

Ils sont capitaux pour le résultat fonctionnel final

1. *le pansement doit être réalisé de façon méticuleuse ; il comprend des pansements gras, recouverts par des compresses imbibées de bétadine diluée, les doigts doivent être séparés par des compresses afin d'éviter toutes macérations, le grand pansement de la main, résout tous problèmes post opératoire en rapport avec l'œdème et la douleur.*
2. *Rééducation : est un temps complémentaire et obligatoire à toute chirurgie de la main.*