

La prise en charge des fractures ouvertes de la diaphyse tibiale



Contexte et justification : Les fractures ouvertes de la diaphyse tibiale sont de plus en plus fréquentes et sont associées à une morbidité et à des coûts élevés pour le patient, sa famille et les hôpitaux. **Inclusions :** Patients matures sur le plan squelettique présentant des fractures ouvertes de la diaphyse tibiale. **Exclusions :** Les patients qui se présentent tardivement avec une infection établie liée à la fracture.

Normes de soins

1. Il doit exister un parcours de soins défini et documenté pour les patients présentant des fractures ouvertes de la diaphyse tibiale. Cela inclut le transfert d'urgence des patients présentant des fractures ouvertes complexes et graves, ainsi que ceux présentant des lésions vasculaires.
2. Un bilan traumatique primaire et secondaire, comprenant le protocole de réanimation ABCD, l'anamnèse et l'examen clinique, doit être effectué à l'arrivée et consigné dans le dossier du patient. Une analgésie intraveineuse adéquate doit être administrée avant la manipulation du membre.
3. Des antibiotiques prophylactiques intraveineux à large spectre et une prophylaxie antitétanique doivent être administrés dès que possible et dans l'heure qui suit la présentation au centre de santé, et les antibiotiques doivent être poursuivis jusqu'à la fermeture de la plaie. Une couverture anti-anaérobie doit être ajoutée pour les plaies hautement contaminées, telles que les plaies agricoles, les plaies d'égout et les plaies marines.
4. L'examen du membre blessé doit comprendre l'évaluation et la documentation de l'état vasculaire et neurologique et doit exclure un éventuel syndrome des loges. Le traitement d'urgence initial doit comprendre l'exposition du membre et la prise d'une photographie, qui doit être mise à la disposition de l'équipe soignante, l'élimination de la contamination grossière et le pansement de la plaie avec de la gaze imbibée de sérum physiologique. Le membre doit être réaligné et muni d'une attelle avant d'être transféré à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement. Des radiographies AP et latérales de l'ensemble du tibia doivent être obtenues avant la prise en charge chirurgicale.
5. Les patients doivent recevoir des explications sur leur blessure, le plan de traitement et le résultat fonctionnel attendu avant et après l'opération.
6. Pour les fractures ouvertes complexes et graves (fortement contaminées et/ou avec une perte de tissus mous empêchant une fermeture primaire de la plaie) :
 - Discuter du patient avec un chirurgien spécialisé en traumatologie et en orthopédie dans un hôpital spécialisé disposant des ressources appropriées.
 - Débridement complet des tissus mous et exposition des extrémités osseuses sous anesthésie spinale/générale au bloc opératoire dans les 24 heures.
 - Le patient doit arriver dans un hôpital spécialisé dans les 48 heures suivant sa présentation initiale dans un centre ne disposant pas d'un chirurgien orthopédique spécialisé dans les traumatismes.
 - Stabiliser chirurgicalement la fracture à l'aide d'un clou intramédullaire ou d'un fixateur externe, et recouvrir ou reconstruire les tissus mous dans les 72 heures suivant la blessure.
7. Pour les fractures ouvertes modérément graves (sans contamination visible, sans exposition de l'os et/ou avec une plaie qui peut être fermée en premier lieu) :
 - Envisager une discussion et une orientation vers un hôpital spécialisé en fonction de l'expertise et des directives locales.
 - Débridement complet des tissus mous et des os exposés sous anesthésie spinale/générale en salle d'opération dans les 48 heures.
 - Stabiliser chirurgicalement la fracture à l'aide d'un clou intramédullaire ou d'un fixateur externe et fermer la plaie dans les 72 heures suivant la blessure.
8. La liste de contrôle de sécurité chirurgicale de l'OMS doit être complétée et une dose unique d'antibiotiques prophylactiques doit être administrée au début de l'opération. Avant de préparer et de draper le patient, éliminez la contamination avec au moins 5 litres d'eau potable. Lors du débridement, tous les tissus mous et os dévitalisés doivent être enlevés, les deux extrémités de l'os exposées et irriguées à l'aide de un minimum de 2 litres de liquide stérile. En per-opératoire, après le débridement, une photographie doit être prise et accessible à l'équipe traitante.
9. Une fois le débridement terminé, toute autre procédure, par exemple l'Ex-fix ou l'enclouage IM, réalisée au cours de la même séance, doit être considérée comme une chirurgie propre, c'est-à-dire qu'il faut utiliser des instruments neufs et procéder à une nouvelle préparation et à un nouveau drapage du membre avant de poursuivre.
10. L'amputation primaire dans les 24 heures doit être évitée dans la mesure du possible, à moins qu'elle n'ait fait l'objet d'une discussion approfondie avec le patient et sa famille par au moins deux praticiens expérimentés.
11. Tous les patients doivent subir des radiographies postopératoires de l'ensemble du tibia dans les 48 heures suivant la stabilisation définitive du squelette.
12. Les patients doivent être informés qu'ils peuvent supporter le poids de leur corps dans les deux semaines suivant la fixation, à moins qu'il n'y ait des inquiétudes spécifiques concernant l'état des tissus mous.
13. Le risque de TEV doit être évalué conformément aux directives locales. Si une chimioprophylaxie est nécessaire, l'aspirine à faible dose est recommandée.
14. Les patients doivent recevoir des informations sur la récupération fonctionnelle attendue, les complications possibles et la rééducation, y compris des conseils sur la reprise des activités normales. Ces informations doivent être rédigées dans la langue du patient et/ou sous forme d'illustrations et être disponibles sous forme imprimée et numérique.
15. Pour optimiser le résultat, le patient doit bénéficier d'un protocole de suivi personnalisé afin de garantir une cicatrisation sûre et une consolidation définitive de la fracture. Les patients doivent pouvoir bénéficier de conseils ou d'un suivi de la part de l'hôpital traitant en cas de complications signalées.
16. Tous les cas doivent faire l'objet d'un audit au regard des normes susmentionnées, notamment en ce qui concerne la réduction de la fracture et les complications signalées, y compris l'infection. L'audit doit être présenté lors de la réunion du service. Il doit être réalisé trimestriellement dans un premier temps, puis annuellement une fois qu'il est établi.