

Prise en charge des plaies en structure d'urgence

Recommandations de la Société française de médecine d'urgence (SFMU) en partenariat avec la Société française et francophone des plaies et cicatrifications (SFFPC) et la Société française de chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique (SOFCPRE) et le soutien de la Société française de pathologie infectieuse de langue française (SPILF) et du Groupe francophone de réanimation et urgences pédiatriques (GFRUP)

Wound Care in Emergency

French Society of Emergency Medicine (SFMU) guidelines with the contribution of the French Society of Plastic Reconstructive and Aesthetic Surgery (SOFCPRE) and the French and Francophone Wound Healing Society (SFFPC), and the support of the French Infectious Diseases Society (SPILF) and the French Speaking Group in Pediatric Intensive Care and Emergency (GFRUP)

H. Lefort • C. Zanker • I. Fromantin • P.-G. Claret • B. Douay • O. Ganansia • P. Le Conte • M. Martinez • C. Rothman • M. Revol • G. Valdenaire*

Reçu le 9 août 2017 ; accepté le 23 août 2017

© SFMU et Lavoisier SAS 2017

H. Lefort (✉)

Service des urgences, hôpital d'instruction des armées Legouest,
F-57070 Metz, France
e-mail : hdefort@gmail.com

C. Zanker

Service des urgences, Institut hospitalier franco-britannique, F-92300
Levallois, France

I. Fromantin

Unité plaies et cicatrisation, département d'anesthésie, réanimation,
douleur, institut Curie, F-75005 Paris, France
Chaire de recherche en sciences infirmières, laboratoire éducations et pra-
tiques de santé EA 3412, université Paris-XIII, F-93017 Bobigny, France

P.-G. Claret

Pôle anesthésie-réanimation douleur urgences, centre hospitalier univer-
sitaire de Nîmes, F-30000 Nîmes, France

B. Douay

Département de médecine d'urgence, centre hospitalier universitaire
d'Amiens, F-80080 Amiens, France

O. Ganansia

Service des urgences, groupe hospitalier Paris-Saint-Joseph, F-75014
Paris, France

P. Le Conte

Service des urgences, centre hospitalier universitaire de Nantes,
F-44035 Nantes, France
Faculté de médecine, université de Nantes, F-44000 Nantes, France

M. Martinez

Pôle urgences, centre hospitalier du Forez, F-42600 Montbrison,
France

C. Rothman

Structure des urgences, centre hospitalier régional de Metz-Thionville,
F-57000 Metz, France

M. Revol

Service de chirurgie plastique, hôpital Saint-Louis,
Assistance publique-hôpitaux de Paris, F-75010 Paris, France
Faculté de médecine Lariboisière-Saint-Louis, université Paris-Diderot,
Paris-VII, F-75013 Paris, France

G. Valdenaire

Unité des urgences adultes, groupe hospitalier Pellegrin,
centre hospitalier universitaire de Bordeaux,
F-33000 Bordeaux, France



* et les membres de la commission des référentiels de la SFMU¹, les experts invités de la SFFPC² et de la SOFCPRE³, les experts associés de la SPILF⁴ et du GFRUP⁵ : Éric Cesareo¹ (Lyon), Benjamin Dahan¹ (Paris), Jean-Philippe Desclefs¹ (Corbeil-Essonnes), Jonathan Duchenne¹ (Aurillac), Jonathan Duchenne¹ (Aurillac), Aurélie Gloaguen¹ (Dijon), Djamilia Rerbal¹ (Lyon), Julien Vaux¹ (Créteil), Delphine Hugenschmitt¹ (Lyon), Olivier Picot¹ (Paris), Aurélien Landie¹ (Rodez), Gilles Potel¹ (Nantes), Anne Philippe² (Paris), Luc Teot² (Montpellier), Sylvie Meaume² (Paris), Frédéric Bodin³ (Strasbourg), Pierre Perrot³ (Nantes), Delphine Poitrenaud⁴ (Lille), Jean-Pierre Bru⁴ (Annecy), Pierre Tattevin⁴ (Rennes), Eric Bonnet⁴ (Toulouse), Sophie Salanne⁵ (Toulouse), Claire de Jorna⁵ (Lille), Marion Lagrée⁵ (Lille), François Dubos⁵ (Lille)

* Cette RFE a fait l'objet d'une communication orale à l'occasion du congrès annuel *Urgences 2017* de la SFMU.

Résumé : Ces recommandations formalisées d'experts ont été élaborées par la Société française de médecine d'urgence, avec la collaboration de la Société française et francophone des plaies et cicatrises, la Société française de chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique et le soutien de la Société française de pathologie infectieuse de langue française et du Groupe francophone de réanimation et urgences pédiatriques. Leur but est de délivrer des messages clés sur l'un des motifs les plus fréquents de prise en charge en structures d'urgence (SU). Il existe peu de consensus relatifs à la prise en charge et à la régulation des plaies en préhospitalier comme à l'hôpital. Le précédent référentiel national datait de 2005 et nécessitait une actualisation. Le principal enjeu en urgence est d'abord d'évaluer le risque vital d'une plaie, puis son devenir fonctionnel et esthétique. Le soin se positionne en support à la cicatrisation naturelle. Le lavage abondant à l'eau contrôlée est la première étape primordiale à enseigner dès le plus jeune âge aux populations. Une couverture humide entre les différentes étapes de prise en charge ainsi que l'application d'un protocole d'anesthésie locale anticipée favorisent une évaluation et une détersion mécanique en SU de qualité, gages d'une bonne cicatrisation. Il n'existe pas de justification à l'utilisation des antiseptiques en dehors des plaies difficilement accessibles au lavage. La maîtrise du risque de contamination exogène d'une plaie est un objectif constant et majeur lors des soins. La notion de délai de fermeture d'une plaie en urgence n'a dès lors plus d'intérêt, et il n'existe plus d'indication à une antibiothérapie locale. Une évaluation initiale pertinente ainsi qu'une surveillance du risque infectieux régional ou général impliquent parfois une antibiothérapie générale, un avis d'un spécialiste ou un suivi à la sortie de la SU. Ce référentiel traite de la prise en charge des plaies aiguës en SU, y compris sur plaie chronique. Seront exclues les suites de soins, les complications, les plaies chroniques, les brûlures ainsi que les lésions survenues dans un contexte nucléaire, radiologique, biologique ou chimique.

Mots clés : Antiseptique ; Antibiotique ; Médecine d'urgence ; Plaie ; Préhospitalier ; Service d'urgence ; Recommandation

Abstract: These formalized expert guidelines were written by the French Society of Emergency Medicine (SFMU), in partnership with the French Society of Plastic Reconstructive and Aesthetic Surgery (SOFCPRE) and the French and Francophone Wound Healing Society (SFFPC), and the support of the French Infectious Diseases Society (SPILF) and the French Speaking Group in Pediatric Intensive Care and Emergency (GFRUP). Their aim is to deliver key messages on one of the most common reasons for admission at emergency departments. There is little consensus on the management and pre-hospital regulation of wounds.

The previous national guidelines dates from 2005 and required updating. The first issue is to assess the life-threatening condition of a wound and then assess its functional and aesthetic status. The care is positioned in support of the natural healing. Abundant washing with controlled water is the first essential step to teach. A wet protection between the various steps of management and the application of an anticipated local anesthesia protocol favors mechanical evaluation and mechanical debridement of good quality. There is no justification for the use of antiseptics outside wounds that are difficult to wash. Controlling the risk of exogenous contamination of a wound is a constant and major aim. The notion of an emergency wound closure time disappears as any indication to local antibiotic therapy. Appropriate initial assessment, as well as surveillance of regional or general infectious risk, may involve general antibiotic therapy, specialist advice, or follow-up. This document deals with the management of acute wounds in SU, including chronic wounds. Care, complications, chronic wounds, burns and injuries in a nuclear, radiological, biological or chemical context will be excluded.

Keywords: Antiseptic; Antibiotic; Emergency medicine; Guidelines; Out-of-hospital; Emergency department; Wound

Généralités

Évaluation initiale

La prise en charge initiale dépend des lésions associées et du niveau de gravité de la plaie elle-même. Il convient donc de rechercher l'origine d'un saignement actif à stopper pour limiter les conséquences hémodynamiques, de localiser de potentielles atteintes des structures sous-jacentes, et cela notamment dans le cadre des plaies pénétrantes, d'évaluer le risque infectieux, faible ou élevé. Les données de l'anamnèse devront préciser l'heure du traumatisme, la nature de l'agent vulnérant ainsi que le statut vaccinal antitétanique. Pour le suivi médical et éventuellement à visée médico-légale, il peut être utile d'ajouter au dossier des photographies.

Contamination et infection

La rupture aiguë de la barrière cutanée entraîne une contamination par des germes commensaux environnants et exogènes en plus d'éventuels corps étrangers [1]. Cette contamination doit être maîtrisée pour limiter la charge bactérienne qui peut évoluer vers l'infection. Le risque infectieux d'une plaie doit être évalué en fonction de l'agent vulnérant, de son caractère pénétrant, de sa localisation, des comorbidités et de l'accessibilité au lavage et à la détersion [2–4].