

Surveillance d'un malade plâtré à domicile

Pr. H. MIGAUD, service d'Orthopédie C, Hôpital Salengro, CHRU de Lille

Points essentiels

- Surveillance de l'efficacité du plâtre et dépistage précoce des complications
- Ne pas méconnaître (aspect médico-légal) les complications
- Séquelles parfois définitives (Sd. Volkmann / compression nerveuse)
- Aspect vital (complications thrombo-emboliques)
- Ne pas prendre à la légère la plainte d'un malade plâtré (mieux vaut ouvrir à tort le plâtre)

A) Calendrier de surveillance d'un malade sous plâtre :

- contrôle clinique et radiographique juste après mise en place de l'appareil d'immobilisation
 - idem à 48 heures après séchage du plâtre puis répété à J8, et J15
- les contrôles peuvent être : plus rapprochés si une instabilité de la fracture est redoutée, ou au contraire plus espacés si le plâtre est mis en place en complément d'une ostéosynthèse solide.

B) quelles sont les complications à redouter et moyens de détection :

1) Syndrome de Volkmann (Mb sup) et syndrome de loge (Mb inf) :

* Mécanisme : augmentation de pression dans les loges musculaires inextensibles fi compression des vaisseaux de petit calibre (Vx nerfs et muscles) fi nécrose nerveuse et musculaire à pouls conservé (atteinte des vaisseaux de petit calibre).

* Signes d'alerte :

- douleurs spontanées importantes sous plâtre, insomniantes, paresthésies,
- douleur à l'extension des doigts (la mise en tension musculaire augmente encore la pression)
- les pouls sont très longtemps conservés +++

* Conduite à tenir

- Ablation du plâtre en urgence
- Rechercher un déficit sensitif
 - . au Mb sup : médian, nerf ulnaire
 - . au Mb inf : Nf tibial antérieur, SPI
- le déficit moteur est beaucoup plus tardif.
- tension et oedème du membre au-delà de la zone traumatisée
- prise de pression dans les loges qui doit être inférieure à 30 mm de Hg.
- Si pression augmentée fi ouverture chirurgicale des loges = "seul geste qui sauve"
- survient souvent quelques heures après installation du plâtre mais peut survenir quelques jours plus tard

* Facteurs favorisants :

- fractures à risque : autour du coude, fractures de jambe
- plâtre trop serré, plâtre circulaire

* Prévention :

- Pas de plâtres circulaires au Mb supérieur en particulier juste après le traumatisme ou après la réduction
- plâtre moulé mais non serré, avec protection par du coton des saillies et des trajets vasculaires
- lutter contre oedème sous plâtre : surélévation du membre, AINS.

* Conséquences = syndrome de Volkmann ou de loge installé = rétraction ischémique musculaire (rétraction des fléchisseurs au Mb supérieur et paralysie définitive)

2) Déplacement secondaire sous plâtre :

* Dépistage par les contrôles radiographiques répétés (après mise en place, J2, J8 et J15). Repérer les plâtres "flottants" inefficaces après fonte de l'oedème post-traumatique.

* Prévention : plâtre moulé avec protection par du coton des saillies osseuses. Choisir indications adaptées du traitement orthopédique

* Traitement :

- si déplacement modéré et fracture peu instable et avant J21
→ gypsotomie
- si déplacement important ou fracture instable et après J21
→ Tt chirurgical de la fracture

3) Escarres :

* Signes d'appel :

- douleur localisée en regard d'une saillie osseuse (peut mener à une surinfection / escarre profonde).

* Conduite à tenir en urgence = ouverture du plâtre et examen des téguments en regard

* Prévention : protection par du coton des saillies osseuses (malléoles, tête de la fibula, talon Achille, olécrane et épicondyles, ...)

4) Complications tromboemboliques :

* Ne concerne que le membre inférieur

* Diagnostic difficile sous plâtre :

- élévation thermique, accélération du pouls
- douleur sous plâtre
- oedème des orteils
- douleur à la dorsiflexion des orteils

* Conduite à tenir en urgence =

- ablation du plâtre
- examen clinique recherchant signes de phlébite
- détection / examen complémentaire (Echodoppler veineux, phlébographie)

* Prévention :

- Recommander l'entretien de la trophicité musculaire sous plâtre par des contractions isométriques
- Traitement anticoagulant pour toute immobilisation plâtrée du membre inférieur fi surveillance biologique du traitement anticoagulant.

5) Complications nerveuses :

* Concerne les Nf ulnaires et radiaux au Mb supérieur et surtout le Nf fibulaire commun au Mb inférieur

* Provoqué par un plâtre trop serré circulaire avec compression du nerf sur une saillie osseuse (col de la fibula [Nf fibulaire commun], épitrochlée [Nf ulnaire]).

* Signes d'appel et conduite à tenir

- toute apparition de fourmillements ou de dysesthésies fi ouverture du plâtre.

6) Le plâtre "taché"

* Peut traduire une infection d'une plaie opératoire ou d'une escarre

* Doit conduire à l'ablation du plâtre et à la vérification de la plaie opératoire et de la peau située en regard des saillies osseuses.

C) Quelques règles pour la gestion d'un plâtre :

1) Pour la confection :

* Pas de plâtre circulaire au membre supérieur [sauf à distance traumatisme (1 semaine) et fracture scaphoïde], au membre inf. utiliser plâtres d'emblée fendus à leur partie ant. puis refermés secondairement

* Position immobilisation

- coude 90° en pronosupination indifférente
- poignet en légère extension (10°) ou alors orienté en fonction déplacement fracturaire (éviter hyperflexion ou hyperextension). Ne pas dépasser les têtes des métacarpiens à la main.
- genou entre 5° et 10° de flexion
- cheville à 90° par rapport à la jambe.

* Conseils à donner au patient

- Surélever le membre après mise en place de l'appareil
- faire des contractions isométriques sous plâtre.
- consulter en urgence si : douleur sous plâtre, troubles sensitifs, oedème distal, fièvre, plâtre cassé, plâtre "taché".