

CONTUSIONS CUTANÉES ET PLAIES TRAUMATIQUES

J. Cottalorda, L. Béguin, F. Chalencon, K. Maatougui

Service de Chirurgie Infantile - Hôpital Nord

42055 Saint-Etienne Cedex 2

Responsable du document : Pr. J. Cottalorda

Dernière mise à jour : 29 avril 2002

Les contusions cutanées et les plaies traumatiques sont une pathologie très fréquemment rencontrée en traumatologie infantile. La plaie par objet tranchant (couteau, débris de verre) n'expose qu'à un problème de réparation. La contusion, surtout si elle est associée à une ouverture cutanée, a un pronostic plus imprévisible. Le traumatisme peut en effet mettre en jeu la vitalité des berges de la plaie voire même parfois du segment atteint. Le risque évolutif est donc la nécrose secondaire. C'est pour cela qu'une plaie de petite taille associée à une contusion importante est une plaie grave. Que ce soit sur les lieux de l'accident ou à l'hôpital, le premier examen doit être complet et se terminer par un diagnostic précis.

I - BILAN LESIONNEL ET TRAITEMENT

* L'interrogatoire et l'examen clinique :

L'interrogatoire est fondamental car c'est souvent lui qui permet de distinguer une plaie d'une contusion ouverte. De la simple coupure au polytraumatisé, il faut déterminer de la manière la plus précise possible l'étendue des lésions ainsi que leur nature exacte. Il faut aussi rechercher des lésions associées (brûlure, fracture, contusion abdominale, traumatisme crânien, etc.). La localisation de la plaie doit être précisée car des plaies profondes du cou, du scapula, de l'abdomen ou du thorax nécessitent le plus souvent une exploration directe au bloc opératoire. Le délai entre l'accident et l'examen est aussi important à noter car il peut conditionner le degré de souillure de la plaie. Le terrain souvent favorable chez l'enfant, peut parfois être compliqué comme dans le cas d'un diabète ou d'un déficit immunitaire. Enfin la vérification de la vaccination antitétanique sera systématique.

L'examen clinique doit rechercher une atteinte des éléments nobles (diminution de la sensibilité signant une atteinte nerveuse, déficit de mobilité pouvant être le témoin d'une atteinte tendineuse, etc.)

* Premières mesures d'urgence :

Si les conditions ne permettent pas une exploration immédiate de la plaie, il faut réaliser un pansement provisoire. Celui-ci a pour but d'arrêter le saignement et de limiter la contamination bactérienne. L'application d'une compresse bétadinée™, au besoin recouverte d'un pansement américain permet d'attendre la prise en charge définitive. Il est aussi possible de surélever le segment de membre intéressé, voire même de renforcer le pansement à l'aide d'une bande élastique si le saignement persiste. Dans le cas d'une longue attente aux urgences, on peut faire patienter l'enfant et sa famille en faisant tremper la plaie (si le segment du membre le permet) dans une solution de sérum physiologique dilué avec de la bétadine™. Il est indispensable de communiquer avec les familles, de les prévenir d'une éventuelle attente et de les rassurer. Ce n'est qu'à cette condition que l'on pourra éviter des situations conflictuelles dues à l'énervement (le plus souvent tout à fait justifié) des parents.

* Installation :

L'enfant doit être allongé sur une table opératoire avec un champ qui lui masque le geste chirurgical. En cas de plaie traitée au service des urgences, il est souvent préférable que les parents n'assistent pas à l'intervention. Il est fondamental de rassurer l'enfant, tant pour répondre à son angoisse, que pour pouvoir réaliser correctement un geste chirurgical souvent rendu difficile par un jeune patient qui se débat.

* Exploration et parage de la plaie :

L'exploration est un temps très important pour éliminer toute atteinte d'un élément noble (vaisseaux, nerfs, tendons, etc.). Qu'elle soit réalisée au bloc opératoire ou aux urgences, il faut respecter quelques règles.

- La première consiste en une asepsie de bonne qualité en évitant de mélanger des antiseptiques incompatibles.

- L'analgésie peut utiliser, outre l'anesthésie locale, des gaz relaxants de type Antonox™ ou l'injection intra-rectale de Valium™. L'anesthésie locale sera réalisée à la Xylocaïne™ 1 % (non adrénalinée en raison du risque ischémique). Il faut s'assurer au préalable de l'absence d'allergie à ce produit. L'injection se fait dans les berges de la plaie avec l'aiguille la plus fine possible. Pour certaines plaies très superficielles, la Xylocaïne™ en spray pourra être utilisée en connaissant cependant son efficacité limitée. La cryoanesthésie (azote en spray) est plus efficace mais elle a l'inconvénient d'indurer les bords de la plaie rendant la suture difficile.

Pour les plaies intéressant les doigts, les injections interdigitales seront préférées aux anesthésies en bague.

- Pour réaliser une exploration dans de bonnes conditions, il est important de ne pas avoir trop de sang dans le champ opératoire. Une compression prolongée est souvent suffisante pour arrêter un saignement veineux. Il faudra connaître l'agent causal pour rechercher un éventuel corps étranger (une radiographie des parties molles sera demandée au moindre doute). L'anesthésie faite, l'exploration intéressera tout d'abord les berges de la plaie puis permettra d'effectuer un rapide bilan lésionnel quant à la profondeur et aux différents éléments touchés.

- Le matériel pour explorer et suturer une plaie doit comporter des champs troués, des gants, des instruments chirurgicaux peu nombreux mais permettant d'explorer et de réaliser une petite dissection : porte-aiguille, bistouri, ciseaux à bout rond et pointu, pinces à disséquer mousse et avec griffes, pince à hémostase et petits écarteurs. Tout ce matériel doit bien entendu être stérile.

L'exploration à la pince-mousse nous semble licite dès le premier examen. Elle ne risque pas d'aggraver la souillure et elle ne saurait être dangereuse en cas de plaie profonde (qui impose une réparation au bloc opératoire). Il faut rechercher un corps étranger qui, si il est négligé, va entraîner un sepsis secondaire. Il ne faut pas hésiter à explorer secondairement cette plaie au bloc opératoire si les conditions des urgences ne sont pas satisfaisantes (enfant agité, mauvaise hémostase) ou si un élément noble est touché.

- Le parage est un temps essentiel dans le traitement d'une plaie. On utilise de préférence des pinces à disséquer sans griffe (ou à griffes fines) surtout sur une peau contuse. Il débute par l'ablation de tous les corps étrangers (bouts de bois, verre, gravier, terre, etc.). Il doit être suffisant pour enlever tous les tissus nécrosés (faute de quoi une suppuration secondaire est à craindre) mais pas trop important pour ne pas poser de problèmes de réparation ultérieure. Dans les plaies très sales, l'utilisation d'une brosse stérile (celle utilisée pour le lavage des ongles au bloc opératoire) est souvent très utile. Certains antiseptiques colorés masquant la vitalité des tissus et pouvant rendre le parage difficile, il est donc préférable de ne pas les utiliser avant celui-ci.

* Réparation :

- La cicatrisation dirigée, particulièrement spectaculaire chez l'enfant, est très utile à connaître. Les pansements sont réalisés le plus souvent avec du tulle gras™ simple ou bétadiné. Il épouse en effet plus facilement le relief de la plaie que les compresses classiques. Un suivi quotidien des pansements permettra de contrôler les différentes phases de la cicatrisation.

Parfois après une première phase de détersion, apparaît un bourgeon charnu hypertrophique qui peut nécessiter l'utilisation de cortico-tulle.

- La suture s'effectue le plus souvent à l'aide d'un porte-aiguille et d'une aiguille sertie. Un plan sous-cutané pourra être réalisé si la plaie le permet. En dehors des muqueuses, il est préférable de choisir du fil non résorbable qui donne une cicatrice de meilleure qualité. Le point cutané doit rapprocher, affronter les berges mais ne pas ischémier, car tout point ischémiant peut entraîner une cicatrice en « échelle ». Dans un contexte traumatique, les points séparés sont préférables au surjet intradermique. Pour la peau, le point simple est préféré au point en U car il donne un résultat plus esthétique. Il faut utiliser, en particulier sur la face, du fil très fin (du Prolène™ 6/0 par exemple). On peut y associer des Stéristrrips™ qui permettent de bien affronter les berges. Les agrafes ne sont que rarement utilisées chez l'enfant. Le drainage n'est utile que pour des décollements larges ou des plaies très hémorragiques. On utilise en général des crins de Florence ou un petit redon aspiratif qui sont enlevés à la 48e heure.

- La médication postopératoire n'est pas systématique. Les petites plaies chez l'enfant sont extrêmement fréquentes et le plus souvent superficielles (ouvertures de l'arcade sourcilière, plaies des mains, contusions cutanées des doigts coincés dans une porte). Il ne paraît pas justifié de prescrire un antibiotique si le parage a été correctement fait. On peut quelquefois prescrire un anti-inflammatoire ou un antalgique mais cela n'est pas systématique.

II - COMPLICATIONS

a) *La désunion cutanée* : elle est secondaire le plus souvent à une ablation trop rapide des fils. L'utilisation de Stéristrrips™ règle rapidement ce petit problème.

b) *L'hématome* : il peut nécessiter une reprise pour réaliser une bonne hémostase, mais parfois il suffit d'enlever un point, de vider l'hématome et d'associer un petit pansement compressif. Il est important de fermer une grosse plaie contuse et profonde sur un drainage (par redon aspiratif ou crins de Florence).

c) *L'infection* : elle survient le plus souvent dans les 8 jours qui suivent la suture d'une plaie. Il faut faire un prélèvement bactériologique, enlever des fils pour vider un éventuel abcès et le drainer, et prescrire une antibiothérapie secondairement adaptée à l'antibiogramme si l'abcès est profond.

d) *La nécrose* : elle survient le plus souvent à la suite d'une contusion que l'examen clinique initial n'aura pas toujours noté. Selon la perte de substance occasionnée, on tentera une cicatrisation dirigée ou on s'orientera vers un traitement chirurgical plus complexe (lambeau).

e) *Persistance d'un corps étranger* : il s'agit le plus souvent d'une mauvaise exploration initiale de la plaie. Il se manifeste par une induration douloureuse ou une surinfection. Les tatouages correspondent davantage à des particules colorées comme le charbon ou le goudron qu'à un corps étranger.

f) *La cicatrice disgracieuse* : elle est hélas souvent imprévisible, mais elle est favorisée par une peau contuse et une suture de mauvaise qualité (soit à cause d'un mauvais plan sous-cutané, soit en raison de points).

III - CAS PARTICULIERS

a) *Les plaies de la face* : très fréquentes chez l'enfant et souvent de petites tailles, elles ne doivent pas pour autant être négligées. Une suture par du fil à peau type Flexocrin™ 6/0 permet le plus souvent, pour des plaies non contuses, une cicatrisation rapide sans gros préjudice esthétique. Il faut éviter de raser les sourcils. En cas de plaie importante intéressant les lèvres, le nez, les paupières ou les oreilles, et ce d'autant que la peau est déchiquetée ou qu'il existe des lambeaux de vitalité douteuse, il est préférable de réaliser un bilan lésionnel et une réparation chirurgicale sous anesthésie générale au bloc opératoire. Parfois, dans ce type de lésion, des points sous-cutanés pourront mieux affronter les berges. Les stéristrips™ seront volontiers utilisés et les fils rapidement enlevés (dès le sixième jour) afin d'éviter une cicatrice trop visible.

b) *Les plaies des mains* : le bilan lésionnel est ici essentiel et il doit se baser sur le l'examen clinique initial et sur une exploration rigoureuse de la plaie. En cas de doute sur une lésion vasculaire, tendineuse ou sur l'atteinte d'un nerf collatéral, une réparation au bloc opératoire s'impose.

c) *Les plaies de jambe* : les plaies des membres inférieurs chez l'enfant sont souvent secondaires à des chutes ou des accidents de la voie publique. Ce sont fréquemment des contusions ouvertes et la vitalité cutanée est mauvaise surtout sur la face antéro-interne du tibia ou il n'y a pas de couverture musculaire. Il faudra donc bien suivre ces enfants en consultation en raison du risque de nécrose ultérieure. Un drainage par faisceau de crin (plaies

déchetées) ou par un Redon type Manovac™ (pour des lambeaux de décollement) est le plus souvent nécessaire.

d) *Morsures et griffures* : les atteintes sont variables de la simple éraflure épidermique à la perte de substance. Ces morsures exposent à un risque infectieux très important. Il faut abondamment laver les plaies avec de l'eau oxygénée et utiliser une seringue pour faire pénétrer l'antiseptique dans les parties molles. Pour des plaies punctiformes, on évitera de réaliser une suture. Les plaies intéressant la face pourront bénéficier d'une suture sous couvert d'un drainage par faisceaux de crins et une surveillance régulière toutes les 24 heures. Pour les plaies importantes il faudra faire un plan sous-cutané et prévoir un drainage. Selon l'importance de la plaie une courte hospitalisation pourra être justifiée. Ces enfants seront mis sous antibiothérapie (amoxicilline) et anti-inflammatoire et revus très régulièrement au pansement. L'examen vétérinaire du chien est indispensable si celui-ci est connu.

e) *Cas particuliers des pertes de substance* : l'avulsion cutanée de la pulpe des doigts chez l'enfant aboutit souvent à de bons résultats grâce à une cicatrisation dirigée. Il faut bien suturer le lit de l'ongle et repositionner celui-ci. On peut exceptionnellement proposer, pour de grosses pertes de substances, après échec de la cicatrisation dirigée, une greffe de peau (totale prélevée au pli de l'aîne ou en résille prélevée sur la face antéro-externe de la cuisse).

IV - CONCLUSION

Les plaies et contusions cutanées sont une pathologie très fréquente en traumatologie infantile. Il n'existe pas de petite plaie. Elles doivent toutes bénéficier d'une exploration complète et être traitée dans de bonnes conditions d'asepsie. Ce n'est pas parce qu'une plaie est peu importante qu'il faut la négliger, car un point de suture mal fait peut entraîner une cicatrice disgracieuse qui sera lourde de conséquence pour l'avenir. C'est malheureusement parfois le cas des plaies du cuir chevelu qui sont négligées sous prétexte que la plaie est cachée par les cheveux. Il ne faut cependant pas oublier que beaucoup de garçons seront chauves à l'âge adulte !

Le pouvoir de cicatrisation de l'enfant permet le plus souvent d'obtenir des bons résultats par rapport à l'adulte, et il faut savoir rester économe dans le parage des lésions et ne pas hésiter à tenter des repositionnements de lambeaux cutanés. On est en effet parfois surpris de la bonne évolutivité de certaines lésions délabrantes chez l'enfant.

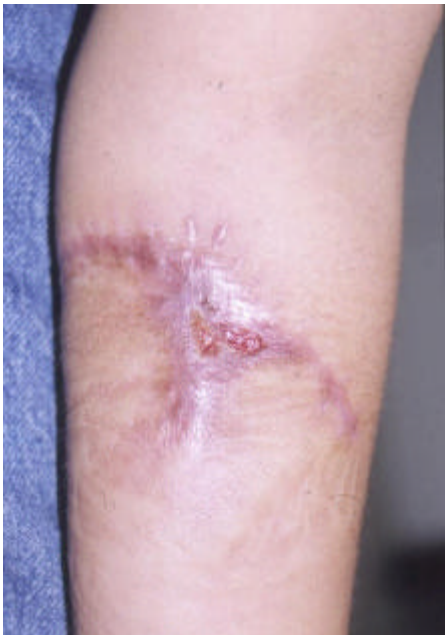
[Retour](#)



**Plaie à explorer
au bloc opératoire**



**Evolution cicatricielle
d'une plaie contuse**



**Exploration d'une plaie de main :
Section d'un nerf collatéral**



Plaie contuse du pouce