



SOINS URGENTS ET HANDICAP

GUIDE MÉDICAL >>

Août 2024

Rédigé par Guillaume Chabinaud sous la direction du Professeur François Genêt¹

Comité scientifique : Dr. Jonathan Lévy, Pr. Djamel Bensmail²

1. Service de Médecine Physique et Réadaptation, Unités Péri-Opératoires du Handicap (UPOH), Unité Parasport, ISPC-Synergies, Hôpital Raymond-Poincaré AP-HP

2. Services de Médecine Physique et de Réadaptation, Unité Pathologie Médullaire, Unité Pathologie Cérébrale, Centre de Prise en Charge Rapide des Complications du Handicap Neurologique (CEPRHAN)

Ont contribué :

Dr. Gauthier Besson, Chef de service, Institut Robert Merle d'Aubigné à Valenton - Dr. Fabien Calé, PH service de chirurgie orthopédique, hôpital Raymond Poincaré AP-HP - Dr. Emma d'Anglejean-Chatillon, CCA-HU service SMIT, hôpital Raymond Poincaré AP-HP - Pr. Aurélien Dinh, chef de service SMIT, hôpital Raymond Poincaré AP-HP - Dr. Bernard Hollier-Larrousse CCA-HU, service de chirurgie orthopédique, hôpital Raymond Poincaré AP-HP - Dr. Pauline Lallement Dudek, Cheffe de service MPR, hôpital Trousseau AP-HP - Dr. Brice Lavrard, Médecin Chef d'Etablissement, Institut Robert Merle d'Aubigné à Valenton - Dr. Héléne Le Liepvre, PH service MPR, hôpital Raymond Poincaré AP-HP. - Dr. Christine Louis-sylvestre, cheffe du service de gynécologie-obstétrique, I.M.M - Dr. Catherine Rey-Quinio, conseillère médicale politique du handicap-référente maladies rares direction de l'autonomie, ARS Ile-de-France - Dr. Kenny Roger, assistant spécialiste, service de MPR, hôpital Cochin AP-HP.



SOMMAIRE >>

Préambule	p.4
 Fiche gestion des personnes : une approche singulière pour des patients singuliers	p.5
 Fiche dispositif implantables	p.8
 Fiche hypertension artérielle du blessé médullaire ou hyperreflexie autonome « HRA »	p.9
 Vessie neurologique	p.12
Rétention d'urine, globe vésical	p.12
Difficultés autosondages	p.14
 Pompe à baclofène	p.16
 Fiche plaie	p.19
Les plaies au contact d'un appareillage	p.19
Escarre	p.20
 Fiche infection	p.24
 Fiche sonde de gastromie au SAU	p.25
 Fiche gestion d'une canule de trachéotomie en urgence	p.27
 Fiche fracture	p.28
Traumatisme en zone non lésionnelle (non neurologique)	p.28
Traumatisme en zone lésionnelle (sur déficit neurologique)	p.28
 Urgences et membres amputés	p.32
 Fiche pseudo-botulisme	p.33
 Fiche obstétrique	p.35
Annuaire	p.36

>> PRÉAMBULE >>

Ce livret est destiné aux services d'accueil des urgences (SAU) à proximité de sites accueillant des épreuves sportives pour les Jeux Paralympiques 2024 et/ou définis par les pouvoirs publics comme des sites de premiers recours.

Il a pour objet de préciser les prises en charge spécifiques dont doivent bénéficier les personnes en situation de handicap quand elles arrivent au SAU. Il s'agit d'un livret d'appui ne devant pas faire passer au second plan le diagnostic et le traitement de l'urgence absolue. Cependant, cette population présente aujourd'hui des facteurs de risque et des pathologies qui leur sont spécifiques associant des prises en charge un peu différentes de celles habituellement appliquées à la population générale.

Le groupe de travail ayant rédigé ce livret a tenté de mettre en avant les situations les plus spécifiques en complément de celles qui existent pour la population générale.

L'idée est de pouvoir traiter :

- Une urgence chez une personne en situation de handicap, quand celui-ci n'impacte pas la prise en charge habituelle ;
- Proposer des évaluations et des traitements spécifiques liées à une décompensation en lien avec le handicap ou la pathologie causale ;
- Et enfin, présenter pour les traitements (notamment en termes d'indications opératoires) les indications qui diffèrent de la prise en charge habituelle de la population générale.

Les auteurs

Ce projet a été réalisé en lien avec l'observatoire de la chirurgie d'Ile-de-France dans le cadre de la thématique « handicap et chirurgie ».

Des informations complémentaires sont accessibles sur orca-chirurgie-ambulatoire-ars-idf.fr

FICHE

GESTION DES PERSONNES : UNE APPROCHE SINGULIÈRE POUR DES PATIENTS SINGULIERS

UNE URGENCE VITALE RESTE UNE URGENCE VITALE

Toute personne en situation de handicap, présentant une urgence médicale et/ou chirurgicale indépendante de son handicap (mettant en jeu le pronostic vital à court terme) doit être prise en charge comme une personne valide.

Ceci sans attendre l'avis éventuel d'un médecin spécialisé dans la prise en charge du handicap (notamment Médecine Physique et de Réadaptation -MPR- ou autre spécialiste...).

Exemples de situations médicales urgentes : syndrome coronaire aigu, état de mal épileptique, choc septique, état de confusion, déficit neurologique focal brutal, etc.

Exemples de situation d'urgence chirurgicale : fracture engendrant un risque vital, polytraumatisme, traumatisme crânien, fracture vertébrale instable, traumatisme thoraco-abdominal, péritonite, occlusion...

VEILLER À CE QUE LA PERSONNE (QUEL QUE SOIT SON HANDICAP) SOIT ET RESTE ACCOMPAGNÉE

La présence de l'aidant habituel est cruciale : c'est un expert de la prise en charge du handicap du patient, connaissant ses fragilités, ses spécificités, ses traitements et pouvant donner des informations sur la situation médicale ou chirurgicale en cours.

Points de vigilance

Ces patients reçoivent souvent des traitements médicamenteux spécifiques, **prescrits en dehors de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) du principe actif** (par exemple anti-épileptiques **comme traitement antalgique**). Ils doivent être identifiés et si possible poursuivis.

PARFOIS LA PRISE EN CHARGE MÉDICO-SOIGNANTE EN URGENCE N'EST PAS IMPACTÉE PAR LE TYPE DE HANDICAP !

Il existe des situations de handicap dont l'arbre décisionnel de prise en charge pour toute urgence reste inchangé **quel que soit le motif de consultation**. La situation de handicap (ou le type de handicap) peut avoir un impact sur l'adaptation de l'environnement mais également sur l'encadrement humain / surveillance qui doivent être spécifiques :

Pour exemple, on pourrait citer :

- Personnes porteuses d'un handicap sensoriel (déficience visuelle ou auditive) ;
- Troubles psychiques ;
- Troubles envahissants du développement (TED), trouble du spectre de l'autisme, troubles du neurodéveloppement ;
- Fracture de membre supérieur (zone sus lésionnelle) chez le paraplégique ;
- Fracture du poignet du côté « sain » de l'hémiplégique.

TOUTEFOIS, CHEZ UNE PERSONNE HANDICAPÉE EN SITUATION D'URGENCE MÉDICALE OU CHIRURGICALE, LA CONDUITE À TENIR DOIT PRENDRE EN CONSIDÉRATION DES ÉLÉMENTS CONTEXTUELS

Les modalités d'accompagnement physique (déplacements), de surveillance ainsi que la prise en compte des éventuelles spécificités sur le plan cognitif et/ou psychique de la sont à considérer au cas par cas. **Une adaptation (réduction) du temps d'attente sera à considérer.**

De plus, l'environnement d'un SAU peut parfois être difficile à concilier avec les situations de handicap :

Sur le plan de la communication et de la situation de gestion du stress :

- Reconnaître et gérer les troubles psychiques et cognitifs ;
- Reconnaître et gérer une anxiété qui peut être importante et/ou masquée (notamment chez le non -ou dys- communicant)

- S'assurer que la communication avec la personne handicapée est possible, notamment la communication orale :
 - Si la communication orale n'est pas habituelle, utiliser le mode de communication adapté et/ou spécifique de la personne handicapée (Communication Alternative et Augmentée ¹). Solliciter l'aidant si de besoin à cet effet ;
 - Si la communication orale n'est plus possible, ne pas hésiter à utiliser d'autres moyens de communication à votre disposition : par écrit, alphabet, pictogrammes, tablette numérique, langue des signes si maîtrisée, etc.

Sur le plan de l'autonomie et de l'accessibilité du SAU, la personne en situation de handicap peut-elle :

- Se déplacer ? (exemple : propulsion du fauteuil roulant difficile si blessure à une épaule)
- Alerter en cas de souci ?
- Rester en position allongée ou assise et éviter l'apparition d'une complication cutanée supplémentaire : cas particulier des patients avec une lésion médullaire (para/tétraparétique, sclérose en plaques, ...), patients gériatriques, patients dénutris, etc, ... :
 - Ne pas installer sur un brancard
 - Si possible, effectuer l'examen clinique en position assise sur le fauteuil (ou une autre installation adaptée à la situation).
 - Si le pronostic vital à court terme n'est pas engagé, prévoir un changement de position toutes les 30 minutes, quel que soit le support (brancard, chaise, ...), au minimum un « push-up ».

Une personne en situation de handicap doit être surveillée de façon optimale lors de son passage au SAU.

¹ La Communication Alternative et Augmentée (ou CAA) comprend tous les moyens humains et outils permettant à une personne ayant des difficultés dans la communication de remplacer le langage oral s'il est absent (alternative) ou d'améliorer une communication insuffisante (augmentée, le terme « améliorée » est également utilisé). La CAA sera donc utile pour toute personne non verbale ou ayant un trouble du langage. Elle est couramment utilisée avec les personnes ayant un trouble du spectre de l'autisme (TSA). Mais son aide est précieuse au quotidien pour les personnes ayant un trouble spécifique du langage oral (dysphasie) ou ayant une pathologie qui pourraient altérer le langage oral (syndrome épileptique, syndrome génétique, accident vasculaire cérébrale, tumeur cérébrale, traumatisme crânien ...)

FICHE

DISPOSITIFS IMPLANTABLES

Points de vigilance

Pour les patients ayant un dispositif implantable ou du matériel d'ostéosynthèse, dérivation ventriculaire, clips vasculaires, de pace maker, etc. des précautions sont nécessaires :

- La présence d'un dispositif implantable doit faire discuter l'indication et la contre-indication (rare) de la réalisation d'une l'IRM ;
- En cas de dispositif implantable réglable (tel que dispositif de dérivation du LCR, pompe à baclofène, neuromodulateur, ...), il est nécessaire d'en vérifier le fonctionnement après l'IRM en raison d'un possible dérèglement sous l'effet du champ magnétique.
En cas de doute, appeler le **CEPRHAN au 0637111446**.

FICHE

HYPERTENSION ARTÉRIELLE DU BLESSÉ MÉDULLAIRE OU HYPERREFLEXIE AUTONOME « HRA »

Toute élévation significative de la tension artérielle (c'est-à-dire toute élévation de la pression artérielle systolique d'au moins 20 mmHg par rapport aux valeurs habituelles) pour une personne tétraplégique ou paraplégique de niveau métamérique T6 et au-dessus doit faire évoquer une hyperréflexie autonome jusqu'à preuve du contraire.

DÉFINITION

Il s'agit d'une hyperactivation sympathique chez le blessé médullaire de niveau T6 et au-dessus.

SYMPTÔMES CLINIQUES

Obligatoire :

- HTA > + 20 mmHg PAs par rapport à la pression artérielle systolique habituelle du patient.

Signes associés facultatifs :

- Bradycardie, tachycardie, arythmie ;
- Céphalées +++ ou myiodésopsies ;
- Flush cutané latéralisé ou bilatéral avec ou sans sudation, sus lésionnel (territoire sain) ;
- Horripilation cutanée ;
- Contractures, spasmes.

Signes de gravité :

- Si HTA maligne : la prise en charge sera identique à celle de la population générale.

Conduite à tenir :

- Installation en position proclive ;
- Contrôle tensionnel régulier toutes les 2 à 5 minutes ;
- Retirer les vêtements serrés et les bas de contention.

RECHERCHE D'UNE ÉTIOLOGIE

➤ **Étiologies d'origine (obligatoirement) sous-lésionnelle.**

Elles sont à rechercher en premier, car elles peuvent être traitées rapidement :

- **Fécalome** : toucher rectal (TR) évacuateur (si disponible avec Xylogel comme lubrifiant)
- **Rétention d'urine** : vérifier la vidange urinaire, et rechercher un éventuel **globe vésical** (Bladder Scan à effectuer de principe).

Causes externes possibles de rétention d'urine :

- Sonde urinaire à demeure bouchée = changer la sonde
- Etui pénien coudé = déplier

En l'absence de cause externe identifiée, **sonder en l'absence de contre-indication (notamment d'endoprothèse, voir fiche vessie neurologique)**.

➤ **Autres étiologies à rechercher aux urgences selon l'interrogatoire, l'examen clinique et les examens complémentaires :**

- Syndrome coronaire aigu sans angor (souvent non ressenti chez les paraplégiques hauts et les tétraplégiques) ;
- Embolie pulmonaire et thrombose veineuse profonde ;
- Infection profonde ;
- Escarre / ongle incarné / plaie ;
- Fracture ;
- Lithiases urinaires ou biliaires.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

- ECG systématique ;
- Pas de biologie systématique. A réaliser en fonction des points d'appels ;
- Autres examens à envisager selon l'étiologie suspectée ou avérée.

TRAITEMENT

- Selon le diagnostic étiologique.

VIGILANCE : SI HRA PERSISTANTE

Traitement

- Nicardipine 20mg PO, à répéter jusqu'à 3 fois toutes les 2 heures ;
- Si HTA incontrôlable (> 6 heures de traitement PO) ou voie PO impossible : Loxen IVSE et surveillance sous scope. Instauration du traitement selon protocole de service SAU en lien avec USI et transfert en USI.

FICHE

UROLOGIE



VESSIE

NEUROLOGIQUE >>

- On entend par vessie neurologique un dysfonctionnement du bas appareil urinaire en rapport à une lésion de l'appareil neurologique.
- Les risques essentiels sont la rétention d'urine, le régime à haute pression avec reflux vers le haut appareil (reins) et l'infection.

Les étiologiques rencontrés sont :

- **Traumatiques** : blessé médullaire traumatique (incluant le syndrome de la queue de cheval), séquelles traumatiques avec lésions neurologiques périphériques radiculaires, tronculaires notamment du périnée
- **Médicales** : les lésions médullaires d'origine médicale (incluant le spina bifida, la maladie de Strumpell Lorrain (paraplégie spastique héréditaire), les séquelles de myélite et SEP, ischémies médullaires,...).



RÉTENTION D'URINE

GLOBE VÉSICAL >>

LES TROIS QUESTIONS ESSENTIELLES À SE POSER

1. Quel est le mode mictionnel habituel du patient ?
2. Existe-t-il des antécédents chirurgicaux (dérivation des urines à la peau (Bricker, Mitrofanoff) ; enterocystoplastie d'agrandissement) ?
3. Existe-t-il du matériel vésico-sphinctérien (endoprothèse, neurostimulateur, neuromodulateur,...) ?

Un moyen de confirmation du diagnostic et de quantification simple du volume urinaire en rétention :

➤ **Le bladder scan.**

A noter

En cas de dérivation des urines à la peau, ne pas s'inquiéter si les urines sont muqueuses. Le sondage peut en effet ramener du mucus (car la membrane digestive a été utilisée pour réaliser la fistule entre la vessie et la peau).

Astuces

Les moyens facilitant la miction (pouvant être associés) :

- Allonger le patient (lit/brancard) ;
- Administration d'un alpha bloquant per os (exemple : alfuzosine 2,5mg LI en une prise). Pas de voie IV sans avis d'un urologue ;
- Percussions sus-pubiennes ;
- Toucher rectal.

SI AUCUN ANTÉCÉDENT CHIRURGICAL DU BAS APPAREIL URINAIRE NI DE MATÉRIEL VÉSICO-SPHINCTÉRIEN

- Hétérosondage aller-retour en utilisant les moyens facilitant la miction ;
- Essayer au maximum de ne pas laisser de sonde urinaire en place ;
- En cas d'échec et volume vésical supérieur à 500 cc : poser un KT sus pubien.

EN CAS D'ANTÉCÉDENT CHIRURGICAL DU BAS APPAREIL URINAIRE OU PRÉSENCE DE MATÉRIEL VÉSICO-SPHINCTÉRIEN :

- **Si chirurgie de Mitrofanoff ou Bricker** (dérivation de la vessie à la peau) :
 - Hétérosondage aller-retour par l'orifice fistulisé au contact de la peau (utiliser les sondes du patients si possible).
 - Ne pas laisser de sonde en place après l'hétérosondage, car risque de détruire le montage chirurgical (valves anti-reflux).
- **Si endoprothèse urétrale :**
 - **Ne pas sonder !**
 - Si une migration de l'endoprothèse est suspectée (fuites) : faire une radio de bassin de face. Si la migration est confirmée : sondage possible.

- **Si neuromodulateur de vessie (type Brindley)**
 - Appeler le **CEPRHAN** au **0637111446** ;
 - Contre-indication relative à l'IRM (contrôle pour nouveau réglage du neuromodulateur, à organiser avec le service de suivi du dispositif médical. Si service non connu : appeler **CEPRHAN** au **0637111446**.
- **Si neurostimulateur nerf fibulaire de la jambe**, aucun souci à arrêter le dispositif et décoller les électrodes. Ce neurostimulateur sera reposé sans urgence, à distance de l'évènement aigu.

» DIFFICULTÉS AUTOSONDAGES »»

- **Utiliser les moyens facilitant la miction.**
- **Utiliser de préférence les sondes du patient.**

SI ÉCHEC

- Administrer un alpha bloquant PO et réessayer une heure plus tard. (exemple alfuzosine 2,5mg LI en une prise). Pas de voie IV sans avis d'un urologue ;
- Utilisation du Xylogel urétral comme lubrifiant ;
- On peut parfois tenter de sonder en augmentant la charrière ou utiliser des sondes béquillées ;
- En cas d'échec et volume vésical supérieur à 500 cc : poser un KT sus pubien.

» INFECTION URINAIRE »»

Tout patient utilisant le sondage intermittent comme moyen habituel d'évacuation des urines présente une bactériurie qu'il ne faut traiter QUE si celle-ci s'accompagne de signes cliniques notamment : fièvre (dans ce cas suspecter une pyélonéphrite), incontinence (fuites urinaires), douleurs (lombaires, abdominales et/ou pelviennes).

- **Toujours effectuer un ECBU** avant traitement afin de confirmer le diagnostic, identifier le germe en cause et surtout l'antibiogramme.

Remarques

- Ces patients ont souvent des ECBU anciens à demander / récupérer et étudier, car le germe en cause avec antibiogramme est souvent retrouvé, et utile pour sélectionner l'antibiotique de première intention ;
- **Ne jamais proposer de traitement monodose (Monuril®) ;**
- Si nécessité de débiter un traitement empirique avant réception de l'antibiogramme : préférer une bêta-lactamine à large spectre (Amoxicilline-Acide clavulanique 1 gramme x3/j ou C3G cefotaxime 1grx3 /j, ou pipéracilline-tazobactam 4gr x3/j (si signes de gravité). Ces traitements sont des propositions à adapter à la situation clinique et aux protocoles de service et à adapter à l'antibiogramme dès sa réception ;
- **Ne pas prescrire de fluoroquinolone en première intention** dans cette population.

Si les ECBU sont anciens ou en cas de résistances notées dans le dossier médical : demander l'avis spécialisé d'un infectiologue :

- **Astreinte francilienne au 0146611500. Numéro destiné exclusivement aux médecins hospitaliers franciliens.**
- **Ou appeler le CEPRHAN au 0637111446 pour une mise en relation avec le service des maladies infectieuses et tropicales de l'hôpital Raymond-Poincaré AP-HP.**

CAS PARTICULIER

En cas d'hématurie / urétrorragie

- Penser à la colique néphrétique qui peut être asymptomatique chez le blessé médullaire.

Si pas de CI au sondage (cf supra)

- Pose de SAD à double courant / rinçage / gestion de l'hémostase médicale et appel de l'urologue.

Chez les blessés médullaires >T6

- Prévoir une surveillance entrées-sorties hydriques+++ pour éviter l'hyperreflexie autonome (voir fiche HRA).

AVIS SPÉCIALISÉS (CEPRHAN OU SERVICE D'UROLOGIE HÔPITAL PITIÉ-SALPÊTRIÈRE AP-HP : VOIR ANNUAIRE)

- Si échec de la prise en charge d'une des situations d'urgences d'une vessie neurologique ;
- Si migration de l'endoprothèse urétrale.

FICHE

POMPE À BACLOFÈNE

- Il s'agit d'un dispositif intra-abdominal comportant un réservoir rempli de baclofène, délivrant par voie intrathécale, via un cathéter (KT), un principe actif ou substance active (baclofène) dans le LCS. Le baclofène est utilisé pour lutter contre la spasticité (surtout pour les membres inférieurs).
- Une pompe à baclofène est essentiellement implantée chez les patients ayant une lésion médullaire, SEP ou paralysie cérébrale.

Avis spécialisés systématiques pour la gestion de la pompe :

- **CEPHRAN (9h-Minuit)** au **0637111446** ;
- **Neurochirurgie de l'hôpital Beaujon AP-HP** : Dr Hélène Staquet (numéro personnel) au **0662405359** ;
- **Neurochirurgie de la fondation Rothschild** : astreinte au **0148036390**.

LES 3 PRINCIPALES COMPLICATIONS DE LA POMPE À BACLOFÈNE

Sevrage brutal en baclofène

SYMPTÔMES CLINIQUES

- Prurit généralisé (sus lésionnel chez le blessé médullaire) ;
- Majoration brutale spasticité ;
- Douleur thoracique ;
- Dyspnée ;
- HRA (voir fiche HRA) ;
- Troubles de la vigilance ;
- Crises comitiales.

TRAITEMENT

- BACLOFENE 10mg : dose de charge de 4 comprimés puis 3 comprimés par jour per os en systématique après la dose de charge ;
- Diazepam 10mg : 1 cp x 3/jour en systématique à réévaluer à 48h en fonction de la réduction des symptômes de sevrage ;
- +/- titration morphinique classique (voie SC possible) en fonction des douleurs. La DCI et la posologie respectent les protocoles de service pour ces traitements. Pas de spécificité.

Surdosage en baclofène

SYMPTÔMES CLINIQUES

- Confusion, trouble de la vigilance, voir coma calme ;
- Crises comitiales ou hypotonie musculaire pouvant atteindre les muscles respiratoires ;
- Hypo ou hypertension artérielle / trouble du rythme cardiaque ;
- Peuvent également survenir : sensations vertigineuses, confusion, hallucinations, agitation, convulsions, troubles de l'accommodation, altération des réflexes pupillaires, myoclonies, hyporéflexie ou aréflexie, vasodilatation périphérique, bradycardie ou tachycardie, ou arythmie cardiaque, hypothermie, nausées, vomissements, diarrhée, acouphènes, hypersécrétion salivaire, élévation des enzymes hépatiques (ASAT, phosphatases alcalines), et rhabdomyolyse.

TRAITEMENT

- Arrêt du traitement par baclofène PO (la réduction du débit de la pompe au minimum sera réalisée dans un centre spécialisé) ;
- Traitement symptomatique selon les défaillances viscérales ;
- Il n'existe pas d'antidote spécifique ;
- La baclofène par voie systémique est dialysable, mais l'épuration extra rénale n'a pas d'impact sur la cinétique d'élimination du produit dans le LCS (très faible passage hématoméningé).

Infection

(En lien avec le matériel, pouvant aller de la loge de la pompe jusqu'à la méningite)

SYMPTÔMES CLINIQUES

- Fièvre inexpiquée ;
- **Chercher des signes méningés en priorité +++ ;**
- Chercher des signes de modifications neurologiques ;
 - Modifications du tonus musculaire ;
 - Majoration de la spasticité / spasmes ;
 - Ralentissement psychomoteur ;
 - Troubles cognitifs ;
 - Troubles de la conscience ;
- Cicatrice ou loge inflammatoire autour de la pompe ;
 - Délimiter le placard inflammatoire ;
- Ouverture de la cicatrice.

SI SIGNES MÉNINGÉS : PRISE EN CHARGE CLASSIQUE D'UNE MÉNINGITE

- Faire une ponction lombaire en décubitus latéral préférable (si possible).

TRAITEMENT

- En fonction de l'étiologie.

EXAMEN COMPLÉMENTAIRE

- **Pas d'examen en urgence (pour vérifier la pompe).**
- **Pas de contre-indication à la réalisation d'une IRM si la situation médicale le nécessite.**

Points de vigilance

Si la pompe sonne : évoquer un dysfonctionnement : réservoir vide, problèmes de batteries,...

- En l'absence de symptômes et si l'hémodynamique est stable : appeler un service spécialisé pour organiser une prise en charge rapide +/- urgente dans le but d'interroger/régler la pompe ;
- Sinon prise en charge de la complication.

FICHE

PLAIE - ESCARRE



PLAIE >>

Pour les personnes en situation de handicap, la majorité des plaies spécifiques provient :

- D'un conflit avec une structure externe (orthèse, prothèse, fauteuil roulant...);
- Ou d'une tension survenue lors d'un déplacement et d'un transfert (frottement, choc).

La règle d'or est l'éviction totale du conflit : ne pas hésiter à faire ôter le dispositif en attendant la cicatrisation. Tout maintien du conflit rendra inefficace le traitement de la plaie.



PLAIES AU CONTACT D'UN APPAREILLAGE >>

- **Levée du contact = arrêt de l'utilisation de l'appareillage (orthèse, prothèse, fauteuil) ;**
- Lavage à l'eau et au savon de la plaie ;
- Séchage en tamponnant ;
- Pansement adapté à la plaie. Avis possible du **CEPRHAN** ou **IRMA** Valenton (*voir annuaire*) pour conseils ;
- Indiquer au patient de consulter le médecin qui le suit pour l'appareillage ;
- Sinon absence de suivi de l'appareillage : avis possible auprès du service parasport de l'Hôpital Raymond-Poincaré AP-HP (ou via le **CEPRHAN**) ou **IRMA Valenton** (*voir annuaire*).



ESCARRE >>

- L'escarre est une lésion cutanée conséquence d'une anoxie du fait d'un appui maintenu entre un relief osseux et une structure externe. Elle se développe chez les personnes présentant des troubles de la sensibilité.
- Les complications sont l'ostéo-arthrite et la fistulisation pouvant entraîner un choc septique.

EXAMEN COMPLÉMENTAIRE (PRÉCISIONS)

- Si stade 4 ou os visible = ostéite de contact. **Ne pas faire d'imagerie systématique si absence d'instabilité hémodynamique ;**
- **Pas d'écouvillonnage même si écoulement purulent ;**
- **Les prélèvements profonds seront réalisés en per opératoire si indication retenue ;**
- **Pas d'antibiothérapie probabiliste en cas de fièvre avec signes de surinfection (dermohyphodermite / fasciite clinique ou arthrite).**

AVIS SPÉCIALISÉS

- **CEPRHAN** si besoin ou via secrétariat infectiologie de l'hôpital Raymond-Poincaré AP-HP (patricia.leclezio@aphp.fr).

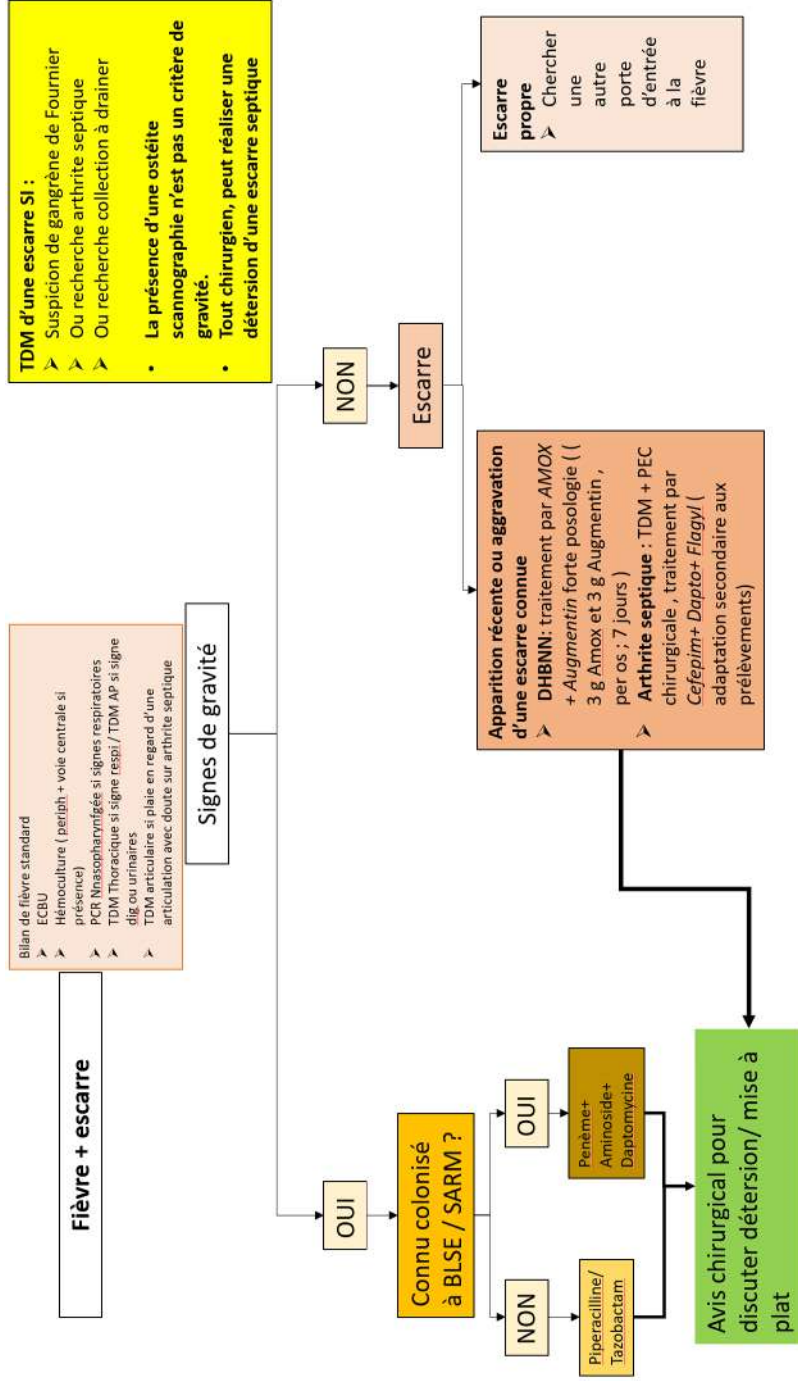
Points de vigilance

- Tous les chirurgiens peuvent réaliser une mise à plat chirurgicale d'une escarre septique infectée ou drainage d'une collection profonde associé. **Urgence du geste +++.**

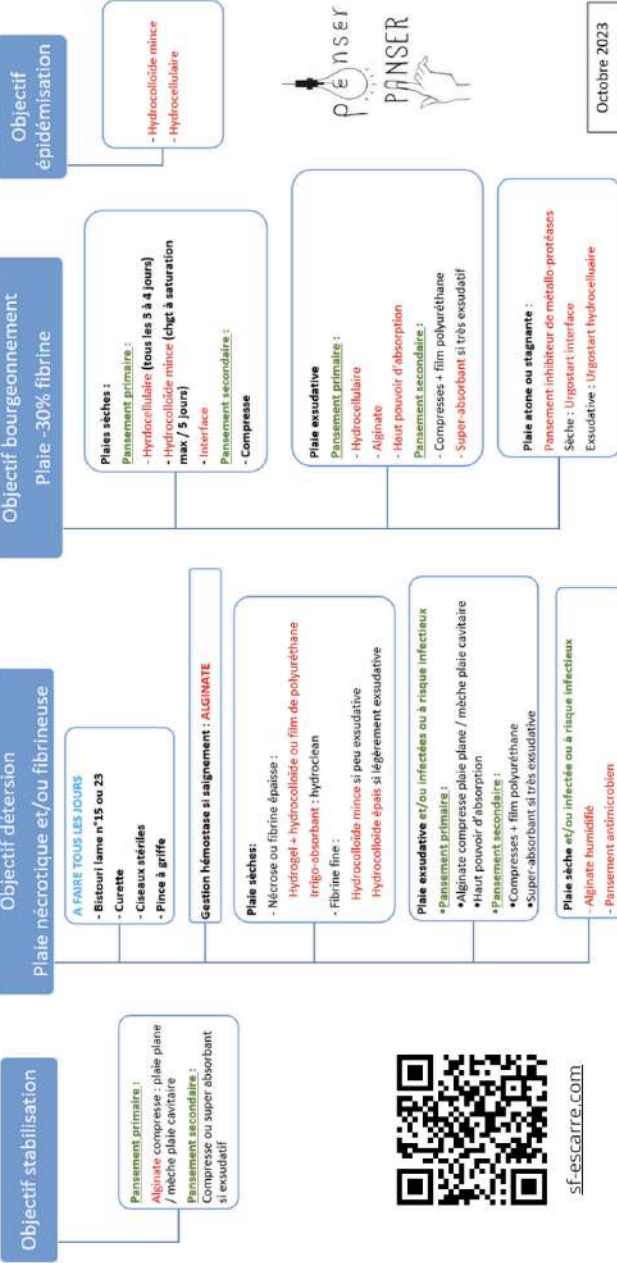
RAPPEL DES RECOMMANDATIONS DE PRÉVENTION DES COMPLICATIONS DU DÉCUBITUS ++

- Décharge, changement de position toutes les 30 minutes, support adapté, surveillance cutanée ;
- Si placard inflammatoire : le délimiter ;
- Si installation sur un lit (notamment UHCD) : prévoir un matelas anti-escarre à air dynamique ;
- Éviter la macération avec les urines et les selles.

Prise en charge de la plaie et choix du pansement : voir annexes escarre, ci-après, proposées par la Société Française de l'Escarre.



Choix du pansement en fonction de l'objectif



Octobre 2023



sf-escarre.com

BONNE UTILISATION DES PANSEMENTS : choix selon l'évaluation de la plaie

TYPE DE PANSEMENT	STADE DE LA PLAIE	CAPACITÉ D'ABSORPTION	INDICATION	CONTRE INDICATION
HYDROGEL (Intrasif gel, Puriflon gel,...)		Aucune	<ul style="list-style-type: none"> Détérioration des plaies sèches nécrotiques/fibrineuses superficielles 	<ul style="list-style-type: none"> Ulcère de jambe sur AOMI non revascularisée Plaies infectées Plaies exsudatives
INTERFACE (Urgotal, Mepitel,...)		Aucune	<ul style="list-style-type: none"> Maintien milieu humide Plaies en voie d'épidermisation 	<ul style="list-style-type: none"> Plaies nécrotiques Plaies exsudatives
HYDROCELLULAIRES (Mepilex, Allevyn,...)		Absorbe 10 x son poids 	<ul style="list-style-type: none"> Plaies exsudatives Phase de bourgeonnement Epithélialisation 	<ul style="list-style-type: none"> Plaies infectées Plaies nécrosées Plaies fibrineuses (+ de 30%)
HYDROCOLLOIDES (Comfeel, Duoderm,...)		Absorbe x 3 son poids 	<ul style="list-style-type: none"> Plaies légèrement exsudatives Phase de bourgeonnement En fin de détersion sur plaie avec fibrine sèche (forme épaisse) Prévention escarre (forme mince) 	<ul style="list-style-type: none"> Ulcère de jambe sur AOMI non revascularisée Plaies infectées
ALGINATE (Algosteril, Curaborb, Biatain alginatte,...)		Absorbe x 15 son poids, draine 	<ul style="list-style-type: none"> Phase de détersion Phase de bourgeonnement Momification des nécroses distales Plaies hémorragiques Plaies infectées 	<ul style="list-style-type: none"> Ne pas associer avec de l'iode Plaies sèches
FIBRES à HAUT POUVOIR D'ABSORPTION (Aqualcel, Urgoclean, Exufiber,...)		Absorbe 20 x son poids 	<ul style="list-style-type: none"> Plaies très exsudatives Phase de détersion ou bourgeonnement 	<ul style="list-style-type: none"> Brûlure 3^{ème} degré AOMI stade 4
PANSEMENTS SUPER ABSORBANT (Resposorb, Vliwasorb, DryMax,...)		Absorbe 30 x son poids 	<ul style="list-style-type: none"> Plaies aiguës ou chroniques très exsudatives En pansement primaire ou secondaire si plaie cavitaire exsudative 	<ul style="list-style-type: none"> Plaies sèches

Echelle colorimétrique : Bourgeon Fibrine Nécrose Plaque infectée

Dernière révision : janvier 2024

FICHE

INFECTION

Tout syndrome infectieux chez une personne en situation de handicap doit être pris très au sérieux et impose une enquête diagnostique précise et systématique. Rappel pour le blessé médullaire (>T6 métamérique), chercher une hyperréflexie autonome associée.

SYMPTÔMES CLINIQUES

- Rechercher toutes les portes d'entrée (examen clinique parfois frustré) ;
- Examiner de la tête au pied et déshabiller systématiquement.

→ **Si syndrome septique, chercher un ATCD de colonisation BLSE/SARM**

- Pulmonaire ;
- Urinaire ;
- Cutanée (escarre +++ ; *(Voir fiche escarre)*) ;
- Vasculaire ;
- Neurologique (méningite / pompe à baclofène (cf. fiche pompe à baclofène)) ;
- Abdominale ;
- ORL.

EXAMEN COMPLÉMENTAIRE : EN FONCTION DE L'ÉTIOLOGIE

- Toute personne étrangère qui a été hospitalisée à l'étranger dans l'année écoulée = rechercher une colonisation à **Candida auris + BHRé.**

TRAITEMENTS

- En fonction de l'étiologie ;
- Rappel infection urinaire. Une bactériurie asymptomatique ne doit pas être traitée chez le patient en sondage intermittent (100% des cas chez les patients avec vessie neurologique). (*Voir fiche infection urinaire*).

FICHE

SONDE DE GASTROSTOMIE AU SAU

1 SONDE DE GASTROSTOMIE BOUCHÉE

- Déboucher avec une **seringue entérale** (Luer Lock généralement 60cc de couleur violette) remplie d'eau chaude ou de soda au ph acide. Faire plusieurs allers-retours ;
- Si la sonde est toujours bouchée, **changer la sonde par, ou sous supervision, d'une personne ayant déjà réalisé ce geste** ;
- En l'attente du changement de la sonde, envisager un relais des traitements essentiels par voie SC ou IV au besoin.

2 SONDE DE GASTROSTOMIE ARRACHÉE OU TOMBÉE

Le but est de replacer une sonde dans l'orifice EN URGENCE AVANT QUE L'ORIFICE NE SE REFERME (et cela peut aller vite, quelques heures suffisent.)

- **Si l'équipe est compétente et le matériel disponible : tenter de poser la sonde de rechange** (la plus grande taille si plusieurs tailles). Bien penser à gonfler le ballonnet !
- **Si la sonde ne peut être changée de suite :**
 - Mettre une **sonde vésicale** (charrière la plus grosse possible en fonction de l'orifice) et gonfler le ballonnet.
 - Si pas de pose de gastrostomie possible au SAU, se référer au service d'hépatogastroentérologie de secteur ;
- Relais des traitements essentiels par voie SC ou IV si de besoin.

3

VÉRIFICATION DE LA BONNE MISE EN PLACE DE LA SONDE DE GASTROSTOMIE

- Si le patient n'a pas mangé depuis 4 heures, **aspiration avec seringue entérale pour ramener du suc gastrique jaune** ;
- Ou injecter de l'air avec une seringue dans la sonde et **écouter les « bulles » au stéthoscope** ;
- Ou faire **une radio de thorax** ;
- **Ne pas reprendre l'alimentation sur la nuit** (Pas d'instauration d'une alimentation entérale ou parentérale au SAU en urgence) ;
- **Au moindre doute : OPACIFICATION** gastrique permettant de vérifier que le produit de contraste injecté via la stomie opacifie bien l'estomac à la radiologie.

FICHE

GESTION D'UNE CANULE DE TRACHÉOTOMIE EN URGENCE

1 **DÉTRESSE RESPIRATOIRE ET CANULE DE TRACHÉOTOMIE : URGENCE VITALE**

Assurer la liberté des voies aériennes

1. **Retirer une éventuelle valve de phonation ou bouchon** (si canule obturée dans le cadre d'un sevrage) ;
2. **Aspirer** ;
3. **Si insuffisant : probable bouchon de canule de trachéotomie** ;
 - **Dégonfler le ballonnet** (pour permettre au maximum d'air de passer) ;
 - Si chemise interne, la retirer pour la nettoyer ;
4. Si pas d'amélioration, OXYGENER et VENTILATION AU BALLON AMBU ;
5. Changer la canule par, ou sous supervision, d'une personne ayant déjà réalisé le geste.

2 **DÉCANULATION ACCIDENTELLE OU IMPRÉVUE : URGENCE AVANT QUE L'ORIFICE NE SE REFERME**

Assurer la liberté des voies aériennes

- Remettre rapidement la canule en place, éventuellement la taille inférieure si besoin.
- Si possible, maintenir l'orifice cutané ouvert grâce à une pince de Laborde.

Ne pas oublier le bon sens

- OXYGÉNER ET VENTILATION AU BALLON AMBU si nécessaire.

FICHE

ORTHOPÉDIE



FRACTURE >>

- Pour les patients avec handicap auditif, visuel mental ou psychique, l'arbre décisionnel est le même que pour la population générale.
- Pour les patients ayant un déficit neurologique central (para/tétra/hémi-parétique, SEP et paralysie cérébrale), périphérique et les patients neuromusculaires (séquelles de poliomyélite, CMT,...), l'approche est différente en fonction de la localisation de la lésion osseuse.

Traumatisme en zone non lésionnelle (non neurologique)

- Arbre décisionnel habituel. Voir avec le service d'orthopédie du secteur.
- Ne pas renoncer à un traitement que ce soit orthopédique ou chirurgical à cause du handicap. La thérapeutique doit viser la récupération précoce.
- Pour le retour à domicile, bien vérifier que la déambulation soit toujours possible = Autonomie au domicile. Ne pas hésiter à contacter les centres de MPR à proximité.

Traumatisme en zone lésionnelle (sur déficit neurologique)

SYMPTÔMES CLINIQUES (EXAMEN PARFOIS FRUSTRE)

- Douleurs (attention aux troubles de la sensibilité);
- Ecchymose ;
- Gonflement ;
- Augmentation de la spasticité ;
- Déformation de membre.

EXAMEN COMPLÉMENTAIRE

- Bilan radiologique standard systématique ;
- Scanner osseux centré sur la zone suspecte en cas de doute d'une fracture ;
Exemple : chute du fauteuil chez un paraplégique : faire une radiographie de bassin de face et des extrémités inférieures des fémurs face et profil (zones le plus fréquemment fracturées chez le blessé médullaire).

TRAITEMENTS

- **Si absence de fracture** : voir avec l'orthopédiste de secteur et consultation possible sans urgence à l'hôpital Raymond-Poincaré AP-HP.
- **Si fracture** : appeler le service de chirurgie orthopédique de l'hôpital Raymond-Poincaré AP-HP : appeler le standard au **0147107900**, demander le poste **41217** ou appeler le **CEPHRAN** au **0637111446** ;
 - Si un traitement orthopédique est retenu, une **immobilisation circulaire, plâtrée, sans fenêtre doit être privilégiée**. Eviter les immobilisations/orthèses génériques non adaptées.

POINTS DE VIGILANCE

- Un certain nombre de patients présentant des troubles de la commande motrice, ont des déformations neuro-orthopédiques qui leur sont utiles pour la fonction (marche, préhension, ...). **Le non respect de ces déformations peut induire une perte de la fonction concernée**. Pour ces patients, l'axe anatomique ne doit pas être respecté.
- Si une indication opératoire est retenue, se poser la question du **respect des axes et des déformations neuro-orthopédiques préexistantes à la fracture**. Demander une photo ou une ancienne radio pour avoir une idée des axes préexistants.
- **Attention aux troubles de la sensibilité et aux immobilisations post opératoires, notamment liés aux contraintes** qui peuvent exister entre les dispositifs d'immobilisations et la peau. En effet, elles peuvent entraîner sans aucun symptôme de vastes et graves lésions cutanées.
- Des conseils de surveillances devront être donnés au patient et à ses aidants.
- Ne pas hésiter à rapprocher les consultations de suivi.

Points pour le chirurgien

En préopératoire

Analyse précise des capacités fonctionnelles du patient des compensations mises en place et de son autonomie autant que possible avec l'équipe de Médecine Physique et de Réadaptation référente.

- Mécanisme de la marche : axes et muscles utiles (ex : récurvatum de genou, équin utile, muscles permettant le verrouillage actif du genou...)
- Possibilités de compensation en post opératoire (risque de surmenage du membre controlatéral ou impossibilité de compensation par ce membre, possibilité de béquillage, possibilités de manipulation de fauteuil roulant...)
- Douleurs possiblement exacerbées par la sur-utilisation temporaire.

Dialogue avec le patient pour découvrir tout problème lié au maintien de la position requise durant l'opération.

- Installation sur la table d'opération, attitude vicieuse (hanches, genoux), déformation du thorax, du rachis.

Prévenir le patient des suites et prévoir une rééducation adaptée.

- Rééducation précoce et par une équipe connaissant la pathologie.
- Nécessité de respect des axes en cas d'immobilisation plâtrée.
- Récupération à prévoir beaucoup plus longue du fait de l'état musculaire et des difficultés de compensation. Lutte contre le déconditionnement.

Choix de la voie d'abord respectant au maximum les muscles (ex : voie antérieure pour la hanche).

En per opératoire

Précautions dues à l'ostéoporose fréquente : risque de fractures lors de la mise en place du matériel, risque de mauvaise tenue du matériel.

Risque de lésions tronculaires du fait de l'amyotrophie et de l'hypermobilité fréquente.

- Possibilité de compressions directes.
- Possibilités de lésions par étirement.

En post opératoire

Traitement multimodal de la douleur.

En cas d'intervention hémorragique, restauration de la volémie à un taux moindre par rapport à un patient non polio (volume sanguin possiblement plus faible ou dysfonctionnement de la régulation vaso-motrice).

Risque de rétention urinaire et d'iléus paralytique.

Entretien musculaire précoce.

Nécessité absolue de respecter les axes mécaniques utiles en cas d'immobilisation plâtrée.

Bras de levier court en cas de mobilisation du fait de la fragilité osseuse.

Anticoagulation préventive.

Points pour l'anesthésiste

En préopératoire

Historique complet de toutes les atteintes initiales, en particulier respiratoire et bulbaire.

- En cas d'atteinte respiratoire initiale et/ou de déformation thoracique, prévoir une exploration fonctionnelle respiratoire et recherche d'hypercapnie.
- En cas de syndrome d'apnée du sommeil appareillé, prévoir d'utiliser la machine du patient en salle de réveil.
- Bilan laryngoscopique préopératoire en cas de suspicion d'atteinte récurrentielle.

Évaluation de la difficulté d'intubation, en particulier de la courbure cervicale pour déterminer la nécessité d'utiliser un fibroscope en cas d'intubation.

Dialogue avec le patient pour découvrir tout problème lié au maintien de la position requise durant l'opération.

Dosage moindre de la prémédication.

En per opératoire

Dosage moindre des anesthésiques par rapport aux doses habituellement utilisées, d'autant plus que les lésions nerveuses sont étendues, et utilisation de curares non dépolarisants et à durée d'action rapide.

En cas d'atteinte bulbaire et/ou respiratoire : vigilance concernant la saturation en oxygène.

Réchauffement per opératoire.

En post opératoire

Surveillance rapprochée en salle de réveil.

- Possibilité de temps de réveil allongé.
- Utilisation d'une ventilation non invasive en cas d'atteinte respiratoire et/ou de syndrome d'apnées du sommeil sévère.
- En cas d'atteinte bulbaire, risque d'inhalation bronchique.
- Risque de rétention aiguë d'urine et d'iléus paralytique.

Réchauffement post opératoire.

Anesthésie régionale

Une scoliose ou une arthrodèse étendue peut rendre la voie d'abord difficile. Les doses d'anesthésiques locaux devront être adaptées.

Anesthésie locale

Les anesthésies locales et blocs neurologiques peuvent être pratiqués normalement en dehors du bloc interscalénique qui entraîne une paralysie diaphragmatique, déconseillés chez les patients ayant une atteinte respiratoire.

FICHE

URGENCES ET MEMBRES AMPUTÉS

INTERVENTIONS URGENTES

- **Les 2 complications urgentes sont l'infection et l'ischémie de moignon.**

L'examen clinique et l'arbre décisionnel sont les mêmes qu'une ischémie de membre.

- Appel du chirurgien référent si connu.
- En l'absence de chirurgien référent :
 - **En cas d'infection de moignon** : avis d'un chirurgien orthopédique et/ou d'un infectiologue.
 - **En cas d'ischémie de membre** : avis d'un chirurgien vasculaire et/ou orthopédique.

INTERVENTIONS NON URGENTES

- **Pour les autres traumatismes de moignon et un avis médical** : demander un avis au centre de l'IRMA à Valenton ou le MPR HIA Percy (qui sont joignables pendant toute la durée des Jeux paralympiques) – *Voir annuaire.*

En ce qui concerne les plaies : voir fiche plaie.

FICHE

PSEUDO-BOTULISME

Les injections intramusculaires de toxine botulique font partie des thérapeutiques employées en médecine physique et de réadaptation. Elles sont réalisées, dans les muscles « spastiques », à visée symptomatique, fonctionnelle, esthétique et/ou d'amélioration de la qualité de vie.

Un des rares effets secondaires est le pseudo-botulisme.

Il s'agit d'un diagnostic d'élimination.

SYMPTÔMES CLINIQUES

- › Asthénie ;
- › Faiblesse musculaire de muscles ou membres non injectés / dégradation de la marche ou des transferts ;
- › Symptômes respiratoires allant de la gêne respiratoire à la défaillance respiratoire en passant par la dyspnée ;
- › Signes ophtalmologiques (diplopie, ptosis, vision trouble) ;
- › Signes ORL : agueusie, dysphonie, dysphagie ; troubles de la déglutition ;
- › Chute ;
- › Constipation ;
- › Anorexie ;
- › Symptômes urinaires.

EXAMEN COMPLÉMENTAIRE

- › Pas d'examen en urgence.
- › La confirmation du diagnostic sera rétrospective auprès d'un centre spécialisé. Notamment par un EMG en fibre unique (avec analyse du jitter neuromusculaire).

TRAITEMENTS

- Si le pronostic vital est engagé à court terme. Administration de l'antitoxine botulinique (BAT flacon de 20 ou 50 mL d'antitoxine heptavalente, diluée à 1:10, est administrée aux adultes en perfusion lente) ;
- A demander à la plateforme e-saturne. La commande du médicament se fait auprès de Santé Public France à l'adresse : alerte@santepubliquefrance.fr.
- Support ventilatoire si besoin ;
- Traitements symptomatiques ;
- Prescription d'une aide technique si détérioration de la marche et/ou difficultés lors des transferts.

Appel du **CEPHRAN** au **0637111446** pour confirmer le diagnostic, organiser le suivi et discuter les modalités d'une éventuelle réinjection de toxine botulique ou d'une autre possibilité de traitement de l'hypertonie musculaire.

A noter

Déclaration obligatoire du pseudo-botulisme au centre régional de pharmacovigilance :
Ministère chargé de la santé - Cerfa n° 10011*07

FICHE

OBSTÉTRIQUE

De manière générale, le centre expert de prise en charge de la grossesse de la femme en situation de handicap et ce, quel que soit le type de handicap (moteur, sensoriel, orthopédique et/ou intellectuel) est :

→ Institut Mutualiste Montsouris (I.M.M)

- Obstétricien de garde 24h sur 24h : **0156616263** poste **72 58** ;
- Service : **0156616201** (puis demander l'obstétricien de garde) ;
- Sage-femme référente handicap : Béatrice Idiard-Chamoix au **0698024273**
Beatrice.idiard-chamoix@imm.fr ;
- Salle de travail : **0156616201** ;
- Cadre du service : Elisabeth TRICOIRE : **0156616425**.

A noter

Si la patiente est atteinte d'une para/tétraplégie (même incomplète), rechercher l'HRA (*voir fiche HRA*) et l'infection urinaire, qu'elle soit fébrile ou non, surtout chez la patiente réalisant les sondages intermittents sur vessie neurologique (*voir fiche urologie*).

>> ANNUAIRE >>

CEPHRAN

- > **0637111446** (de 9h à minuit)

Chirurgie orthopédique

Hôpital Raymond-Poincaré

- > Standard : **0147107900**, demander le poste **41217** ou CEPHRAN

MPR

Appareillage

IRMA Valenton

- > Dr Brice LAVRARD, Médecin Chef d'Etablissement (Assistante Me VIEIRA)
0648731159 | **0145108483**
b.lavrard@irma-valenton.fr - e.vieira@irma-valenton.fr
- > Dr Gauthier BESSON, Médecin Chef de Service (Assistante Me CANDELA)
0684171574 | **0145108094**
g.besson@irma-valenton.fr - a.candela@irma-valenton.fr

MPR HIA Percy

- > Numéro d'astreinte du service : **0607988365**

Obstétrique

Institut Mutualiste Montsouris (I.M.M)

- > Obstétricien de garde 24h sur 24h : **0156616263** poste **72 58** ;
- > Service : **0156616201** (puis demander l'obstétricien de garde) ;
- > Sage-femme référente handicap Béatrice IDIARD-CHAMOIX : **0698024273**
Beatrice.idiard-chamoix@imm.fr ;
- > Salle de travail : **0156616201** ;
- > Cadre du service : Elisabeth TRICOIRE : **0156616425**.



ANNUAIRE >>

Neurochirurgie

Hôpital Beaujon AP-HP

- > Dr Hélène Staquet (numéro personnel) : **0662405359**

Fondation Rothschild

- > Astreinte neurochirurgie : **0148036390**
- > Astreinte CETD : **0148036251**
- > Secrétariat CETD : **0148036909 / 69 10** | nch-cetd@for.paris

Avis de neuro-urologie

Service d'urologie de l'hôpital Pitié-Salpêtrière AP-HP

- > Pr Emmanuel Chartier-Kastler, chef de service
Secrétariat : **0142177129**
- > Dr Anne Denormandie, CCU-AH : anne.denormandie@aphp.fr
- > Interne de garde : **0184827647**

