

HANDICAP - INCAPACITE - DEPENDANCE (Module 4)

Dossier Clinique « TETRAPLEGIE »

Monsieur G. X, 21 ans, apprenti électricien, est victime d'un accident de moto. A vitesse élevée, la moto a heurté un véhicule léger pendant le retour du travail. Le SAMU, appelé en urgence, constate que le motard est parfaitement conscient, qu'il respire, mais qu'il ne peut ni bouger ni s'exprimer.

Dès l'arrivée sur place, le médecin s'assure qu'il n'existe pas de signe de détresse vitale. L'état de conscience est bon, la pression artérielle basse à 8, le pouls est à 120, la gêne respiratoire est importante. Le médecin ne constate pas de signe de détresse inquiétant. Lors de la palpation, il relève une douleur au niveau cervical (grimaces du blessé). Il existe par ailleurs des signes cliniques en faveur d'une fracture du bras droit et du fémur gauche. La motricité volontaire est absente au niveau des quatre membres sauf une ébauche d'abduction des deux épaules. Tous les réflexes sont abolis, il n'existe pas de signe de Babinski. Les sphincters sont flasques.

Le médecin pose un collier cervical rigide en le réglant de sorte qu'il exerce une légère distraction, puis, après avoir soulevé Monsieur X avec les autres pompiers, le corps en rectitude et en légère traction, le place dans un matelas coquille. Préalablement, une voie veineuse périphérique avait été posée au niveau de l'avant-bras gauche. Le malade est intubé et ventilé. Il est transféré dans un centre de traumatologie spécialisé dans la prise en charge des traumatisés du rachis, après accord préalable avec les réanimateurs et les chirurgiens du centre. Durant le transport, le médecin surveille les constantes (pouls, tension artérielle, saturation artérielle en oxygène, température, scope). Le trajet étant long, le médecin procède à plusieurs reprises à un nouvel examen clinique, en insistant sur le score de Glasgow et le bilan neurologique.

Dès l'arrivée au centre, le médecin effectue un rapport en mentionnant en particulier l'évolution de la clinique et les médicaments utilisés. Il est hospitalisé en salle de déchocage (délai : + 2 heures de l'accident). Le blessé est toujours conscient, il n'existe pas de motricité au niveau des quatre membres. On note un sphincter relativement tonique qui se contracte lorsqu'on tire sur la sonde vésicale posée à l'arrivée. On demande au radiologue de venir réaliser un cliché de thorax et du bassin de face, du bras droit et du fémur gauche. Les radiographies objectivent un hémopneumothorax, confirment les fractures du fémur gauche et du bras droit.

Le réanimateur appelle l'orthopédiste de garde pour la prise en charge.

Après un nouveau bilan clinique, les constantes étant correctes, Monsieur X est amené au service de radiologie pour compléter le bilan, sous monitoring et surveillé par un anesthésiste. Il est réalisé avec le collier cervical, un cliché du rachis cervical (face + profil), un cliché bouche ouverte, un rachis dorso-lombaire (face + profil). Il existe une fracture-luxation C5-C6. Le blessé est opéré : réduction et arthrodèse pour la fracture-luxation C5-C6 ; ostéosynthèse des fractures des membres. Il sera ensuite immobilisé dans une minerve.

A son retour du bloc opératoire, il est hospitalisé en réanimation chirurgicale. Il est intubé, ventilé et toujours sédaté et présente deux drains thoraciques droits pour l'hémopneumothorax traumatique. L'évolution de la fonction respiratoire est satisfaisante.

A J6, les drains ont été enlevés depuis deux jours ; la moitié du poumon gauche est blanc à la radiographie de thorax avec le médiastin attiré vers la gauche.

A J21, après une évolution favorable de la pneumopathie gauche sous traitement, alors que le patient était apyrétique depuis plus d'une semaine, une fièvre à 38°C apparaît avec une tachycardie et une majoration des crises dysautonomiques. La saturation au doigt est à 85 %.

Pendant toute cette période, la sonde urinaire à demeure est laissée en place. Il n'y a pas de complication infectieuse. Un matelas anti-escarres a été utilisé, associé à un nursing étroit. Aucune lésion cutanée n'est apparue. Chaque jour, une kinésithérapie a été entreprise, des membres et respiratoire, en collaboration avec le réanimateur. Précocement, un contact a été pris avec un centre spécialisé dans la prise en charge des blessés médullaires sachant que son état nécessitera une durée d'hospitalisation prolongée.

Le malade est admis en service de Médecine Physique et Réadaptation (centre spécialisé pour blessés vertébro-médullaires) à J45. Il est exposé au blessé et à sa famille les objectifs du séjour, les perspectives de rééducation, l'annonce du handicap. Les premiers bilans de rééducation sont pratiqués : motricité, sensibilité, tonus musculaire, orthopédique, cutanés, sphinctériens, vésicaux et recto-anaux. On évoquera un peu plus tard la fonction génito-sexuelle : érection, éjaculation, fertilité, vie de couple... La sonde à demeure a été retirée, remplacée par des hétérosondages. La récupération motrice n'est pas suffisante pour qu'il puisse déclencher lui-même ses mictions.

Lors d'un entretien avec un urologue et un rééducateur, et alors que le bilan urodynamique vient d'être effectué, Monsieur X pose quelques questions :

- "ma vessie récupère car je sens qu'elle se contracte maintenant, d'ailleurs, il y a des fuites entre les sondages, je vais donc récupérer"

- "et mes érections apparaissent à nouveau et même facilement de façon imprévisible"

- "Je ne vais quand même pas être sondé tout le temps".

Il lui est fourni les explications relatives à son devenir prévisible sur le plan urinaire et sexuel en termes de lésions neurologiques ainsi que de choix thérapeutiques immédiats ou à court terme. La question de la sexualité ne semble pas lui apparaître fondamentale à ce stade de l'entretien, mais il déclare avoir une amie depuis trois ans qui vient d'ailleurs le voir et il espère bien pouvoir rentrer chez lui bientôt en week-end car elle le souhaiterait.

Un premier bilan social et de réadaptation est effectué : niveau scolaire, entourage familial, possibilités de retour à domicile avec organisation des soins, aménagement et possibilité de contrôle de l'environnement, literie, aides techniques, fauteuils roulants... Une démarche de réinsertion est également entreprise auprès de la COTOREP.

1. Enumérer les facteurs de risques de survenue des lésions médullaires et/ou de leur aggravation.

2. Expliquer le rôle de la stabilité des lésions de l'appareil locomoteur dans la prise en charge des blessés médullaires.

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the student to write their answer to question 2.

3. Quels sont les risques à moyen et long terme de l'hémopneumothorax ? Comment prévenir ces risques ?

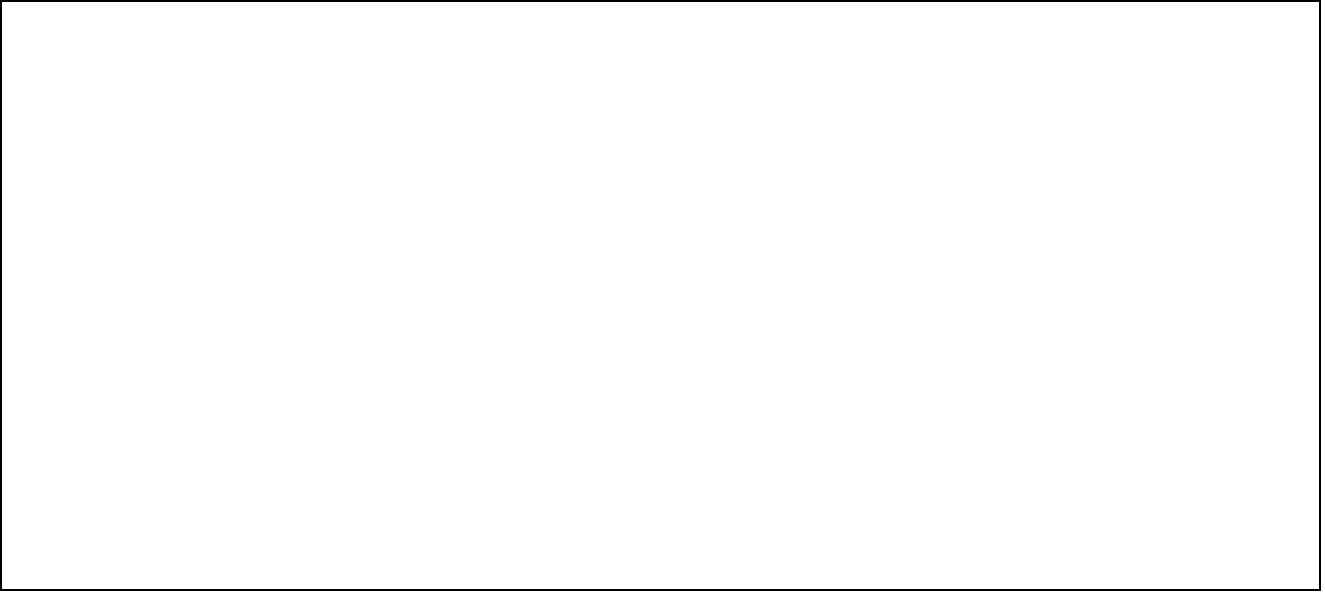
A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the student to write their answer to question 3.

4. Quelles sont les conditions du sevrage de la ventilation chez ce malade ? Pourquoi ? Que proposez vous alors ?

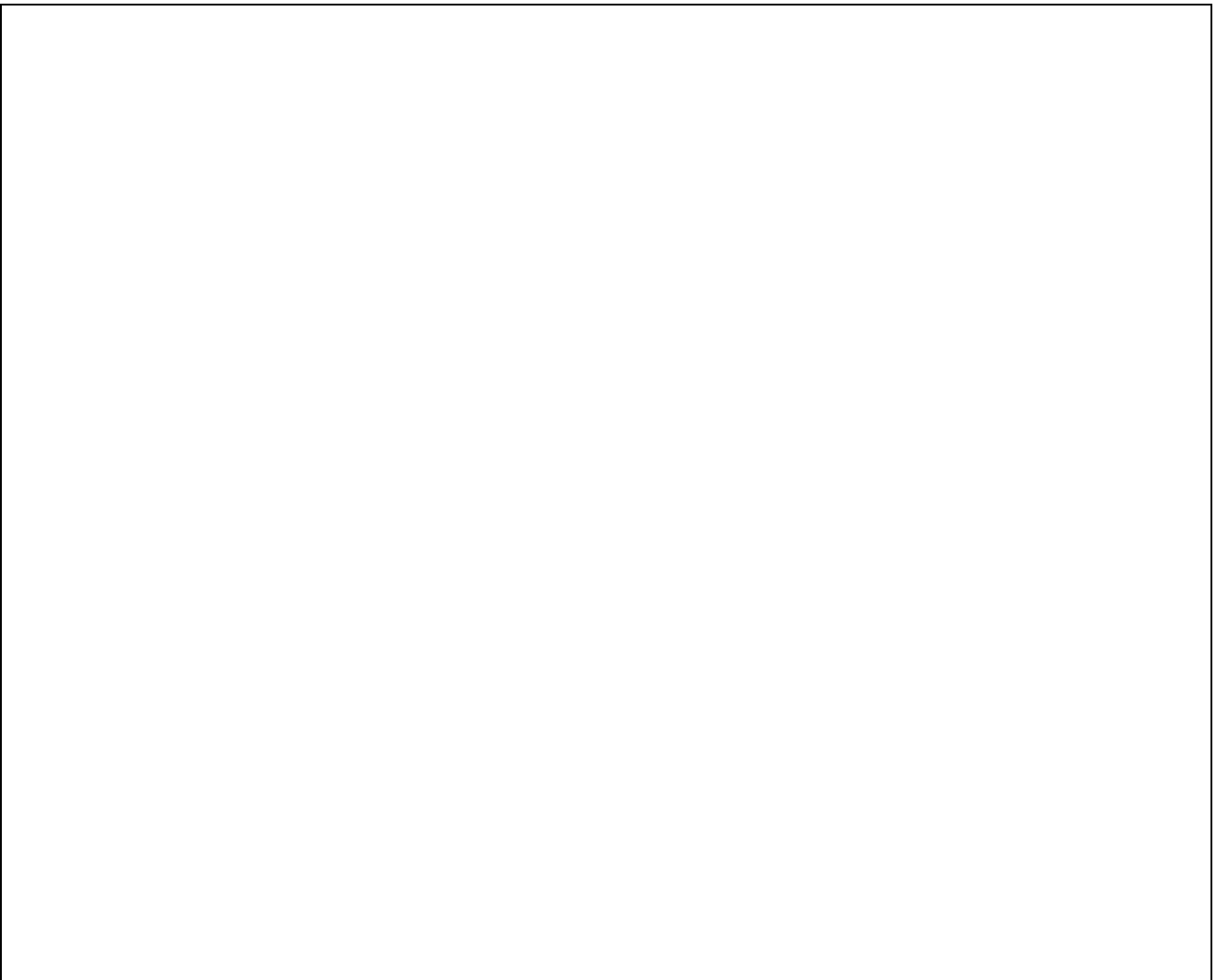
5. Décrire les différents modes de drainage vésical chez les blessés vertébro-médullaires à la phase aiguë.

6. Comment évaluer le risque d'escarre chez ce patient ?

7. Décrire brièvement les différentes techniques de prévention des complications cutanées chez le blessé vertébro-médullaire.

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the student to write their answer to question 7.

8. Décrire les principes des essentielles échelles d'évaluation du handicap moteur chez les blessés vertébro-médullaires.

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the student to write their answer to question 8.

9. Classer par ordre décroissant chez le tétraplégique à la phase de réadaptation, les incapacités ayant la plus forte implication sur la qualité de la vie.



10. Définition de la COTOREP. Etablir ses principales missions sur un schéma.



Schéma