

Le « Damage Control » (DC) : conclusions

AC Masquelet

Hôpital Avicenne, APHP, 125, rue de Stalingrad, 93000 Bobigny

Apparu dans les années 80, le DC désigne une procédure de prise en charge chirurgicale, en deux étapes, de blessés porteurs de lésions vitales. La finalité est de restreindre les perturbations physiologiques induites par une chirurgie initiale trop longue ou trop ambitieuse, et susceptibles, par elles-mêmes, de compromettre la survie du blessé. Ces désordres majeurs sont désormais connus sous le nom de triade de Moore qui associe CIVD, hypothermie et acidose. Une meilleure compréhension des mécanismes physiopathologiques a également permis de cerner deux périodes critiques, une première période de réaction inflammatoire dans les quelques jours suivant le traumatisme initial et une seconde période caractérisée par un fléchissement des défenses immunitaires qui débute vers la 3^{ème} semaine.

Il faut bien comprendre toutefois que le DC a un sens restreint et un sens élargi, ce qui nuit parfois à la compréhension de ce concept.

Stricto sensu, le DC est l'ensemble des gestes opératoires, en urgence, qui sauvent la vie du blessé, et qui permettent, après un bref séjour en réanimation, une chirurgie secondaire précoce destinée à réparer définitivement les lésions ou à les stabiliser pour une durée indéfinie. L'objectif de la chirurgie en urgence est alors de contrôler les hémorragies et de prévenir l'infection et les syndromes d'hyperpression tissulaire. Pour exemple, dans le cas d'un traumatisme abdominal, les gestes relevant du DC peuvent être :

- packing pour les lésions du foie ;
- splénectomie avec ligature des pédicules hors du ventre ;
- résection d'un segment intestinal et fermeture (transitoire) des extrémités par agrafage ;
- pansement occlusif sans fermer la paroi abdominale pour éviter un syndrome d'hyperpression.

Cependant le concept de DC a progressivement subi trois extensions :

- la première a consisté à englober, dans ce terme, les trois étapes du traitement : chirurgie de sauvetage en urgence - corrections des troubles en réanimation - chirurgie secondaire précoce définitive ;
- la seconde extension a été d'appliquer les règles du DC, initialement édictées pour des traumatismes abdominaux, aux lésions vitales quelles que soient leurs localisations ;
- la troisième extension concerne désormais des blessés porteurs de lésions présentant un risque vital pour une partie

seulement de l'organisme.

Ainsi, la traumatologie de l'appareil locomoteur offre de nombreuses indications d'appliquer les règles du DC. Cinq situations peuvent être identifiées :

- le polytraumatisé où, à l'évidence, les lésions vitales pour l'organisme sont prioritaires. Le DC appliqué, à la fois, aux lésions vitales et non vitales (immobilisation temporaire par plâtre, traction ou fixateur externe) a permis de remettre en cause le quasi dogme des années 70-80 du « tout en un temps », jugé responsable a posteriori de nombreuses défaillances organiques ;
- les fractures étagées des membres imposant une approche séquentielle ;
- les fractures fermées isolées des articulations superficielles (genou, cheville, sous talienne...) pour lesquelles une chirurgie agressive en urgence peut aboutir à des lésions cutanées irréversibles. L'alignement et la stabilisation des foyers de fracture, le déplissement cutané induit par le tassement fracturaire, constituent la première étape qui autorisera une réparation définitive dans des conditions optimales ;
- les lésions pluritissulaires des fractures ouvertes sont emblématiques des conditions de mise en œuvre du DC ; la priorité, en urgence, étant le débridement, le parage et la stabilisation instrumentale. La couverture du foyer de fracture et une stabilisation plus achevée au plan mécanique font l'objet du deuxième temps précoce ;
- tous les contextes de précarité technique ou logistique qui rendent obligatoire un transfert du blessé, pour lequel il est néanmoins nécessaire de réaliser un geste d'urgence qui ne compromet pas la prise en charge en milieu plus spécialisé.

Quelle que soit la forme que revêt le DC, il est essentiel de saisir que le premier temps opératoire, en urgence, ne doit pas obérer le temps de réparation définitive. Cette notion est capitale : le DC est une véritable stratégie qui exige, dès l'arrivée du blessé, d'anticiper, au terme d'une délibération partagée entre spécialistes, les diverses étapes intéressant la chirurgie et la réanimation. En outre, il existe une forte dépendance réciproque entre les procédés techniques choisis en urgence et ceux qui seront utilisés lors de la réparation définitive, ce qui doit conduire à une vision d'ensemble des actions chirurgicales. C'est dire que le DC est une stratégie à la fois intra et interdisciplinaire.

Correspondance :

*Alain Charles Masquelet, Chef du service de chirurgie orthopédique et traumatologique
Hôpital Avicenne APHP, 125, rue de Stalingrad, 93000 Bobigny
E-mail : acmasquelet@free.fr*