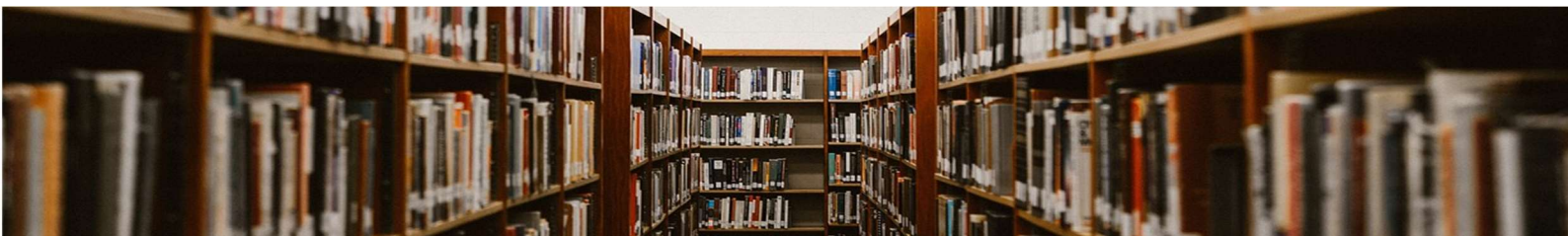




CENTRE DE DOCUMENTATION SUR LE DOMMAGE CORPOREL



FICHER MENSUEL DE BIBLIOGRAPHIE ET DE JURISPRUDENCE



CENTRE DE DOCUMENTATION SUR LE DOMMAGE CORPOREL
31 rue du Colisée - 75008 Paris
Email : cddc@lecddc.com – www.lecddc.com

**Janvier 2025
Numéro 1**

SOMMAIRE

Thérapeutiques par agents physiques - 1341	4
Accidents en matière d'anesthésie-réanimation - 1343	4
Accidents chirurgicaux - 1345	5
Recours des tiers payeurs - 2046	6
La responsabilité civile - 2100	6
Etablissements hospitaliers. Infections nosocomiales - 2117	7
Laboratoires. Pharmaciens. Produits défectueux - 2152	7
Expertise en matière pénale - 2322	8
Evaluation du dommage chez l'enfant - 4204	9
Méthodologie de l'indemnisation - 4310	9
Le handicap et les handicapés - 5004	10
Traumatismes artériels - 5014	10
Infection et traumatismes - 5037	11
Le fœtus et l'enfant in utero - 5043	11
Problèmes psychologiques des traumatisés - 5050	13
Séquelles psychiatriques - 5052	13
Simulation. Hystérie - 5054	14
Traumatismes et affections neurologiques - 5067	15
Les traumatismes crâniens et leurs séquelles - 5100	15
Traumatologie vasculaire intra-crânienne - 5104	16
Rocher - 5114	16
Traumatismes du nez. Epistaxis - 5149	17
Comas et pertes de connaissance - 5152	17
Traumatismes de la langue et des glandes salivaires - 5165	18
Traumatismes du cou en général - 5190	18
Trachée - 5192	19
Sacrum - 5241	20
Epaule - 5320	20
Hanche - 5420	21

Genou - 5440.....	22
Tibia. Plateaux tibiaux - 5448.....	23
Prothèses du genou - 5449	23
Cheville et tarse - 5460.....	24
Lésions traumatiques du métatarse - 5475.....	25
Explorations fonctionnelles pulmonaires. Rééducation - 5509	26
Traumatismes cardiaques - 5540	26
Troubles du rythme - 5541	27
Myocarde - 5543	28
Sténoses et brûlures - 5552	28
Traumatismes spléniques - 5610	29
Ulcères de stress. Perforations. Hémorragies - 5636	29
Péritoine - 5660.....	30
Lithiase urinaire - 5703	30
Impuissance - 5739.....	31
Obésité - 5801.....	31

Thérapeutiques par agents physiques - 1341

1341.138S

Ostéoradionécrose.

CARSUZAA F., DORE M., DROUET J., FALEK S. et THARIAT J.

L'ostéoradionécrose (ORN) est une complication iatrogène tardive secondaire de la radiothérapie externe des cancers de la tête et du cou. Ce risque dépend de la dose reçue et persiste malgré l'évolution des techniques d'irradiation et leur potentiel de préservation de la sécrétion salivaire et de limitation de la dose délivrée à l'os de soutien. L'ORN touche principalement les secteurs postérieurs mandibulaires, mais peut également toucher le maxillaire supérieur. Elle peut se définir par une exposition osseuse en territoire irradié persistant après 3 à 6 mois. Le diagnostic repose sur des arguments cliniques et scanographiques, et impose d'éliminer une récurrence tumorale. La prévention nécessite d'encadrer les soins dentaires invasifs et la réhabilitation prothétique, et de réaliser une fluoroprophylaxie tant que la récupération salivaire est insuffisante. Un traitement médical conservateur est proposé à un stade précoce et s'associe à des gestes de détersion des tissus nécrosés. En cas d'ORN évoluée, sont proposées des reconstructions par lambeaux libres osseux.

E.M.C., 2024, 20-903-A-10, 12 p. (biblio.).

Accidents en matière d'anesthésie-réanimation - 1343

1343.255S

Echographie et anesthésies périmédullaires : réalisation pratique, intérêts et indications.

de ROCQUIGNY G., BELOT F. et DUBOST C.

Les anesthésies périmédullaires sont aujourd'hui largement répandues et constituent la technique de référence de l'analgésie obstétricale et de l'anesthésie ou analgésie pour de nombreuses chirurgies, notamment gynécologique, urologique et digestive. La morbidité secondaire à l'anesthésie périmédullaire n'est pas négligeable. L'échographie est aujourd'hui peu utilisée alors qu'elle est susceptible d'apporter des informations utiles pour le praticien.

L'échographie périmédullaire permet de repérer précisément le niveau de ponction et l'orientation à donner à l'aiguille, et de mesurer la distance entre la peau et le ligament jaune. De telles informations sont à même d'améliorer la réalisation et donc probablement d'augmenter la sécurité des gestes périmédullaires. Cette technique est particulièrement utile dans les deux situations cliniques que sont l'obésité et la scoliose.

E.M.C., 2024, 36-325-E-10, 6 p. (biblio.).

1345.040S

Thromboprophylaxie périopératoire en chirurgie urologique.

PEYROTTE A., LONG DEPAQUIT T. et DARIANE C.

Les patients pris en charge en urologie présentent un risque accru d'événements thromboemboliques (ETE). La prophylaxie thromboembolique semble donc justifiée mais favorise le risque de saignement postopératoire via la prescription d'anticoagulants. La décision d'initier une prophylaxie thromboembolique implique donc un équilibre délicat entre la réduction du risque d'ETE et l'augmentation du risque de saignement. A ce jour, l'absence de consensus est à l'origine d'une grande hétérogénéité de pratiques à l'échelle nationale et internationale.

Progrès en Urologie - FMC, 2024, 34-5, F165-F169 (biblio.).

1345.041S

Complications nerveuses iatrogènes en chirurgie du membre supérieur (main exclue).

OBERT L., SPITTAEL S., LOISEL F., MANGIN M., RUTKA V., LEBRUN C., SAILHAN F. et CLAVERT P.

Les lésions neurologiques sont les complications les plus redoutées en chirurgie du membre supérieur. Environ 17 % des lésions nerveuses sont ainsi d'origine iatrogène et disposent souvent d'un faible potentiel de récupération. Ces lésions sont dans près d'un quart des cas associées à une plainte ou à une procédure et sont rarement liées à une mauvaise installation ou à la réalisation de l'anesthésie locorégionale. Les lésions peuvent être créées lors de la réalisation de la voie d'abord, lors de la mise en place du matériel ou lors d'une réduction en traumatologie. Elles sont le plus souvent liées à la manipulation du nerf. Un phénomène d'allongement/compression du tronc nerveux ou de l'une de ses branches est donc souvent constaté. Pour objectiver une lésion neurologique, l'imagerie permet d'analyser la morphologie du nerf, mais ne donne aucune information sur le potentiel de récupération. C'est l'électromyographie, qui en complément du bilan clinique, confirme le diagnostic et aide à la prise en charge, à la surveillance des atteintes nerveuses, et permet de poser les indications opératoires de chirurgie nerveuse ou palliative.

Rev. chir. orthop., 2024, 110-6, 951-961 (biblio.).

Recours des tiers payeurs - 2046

2046.350S

Recours des tiers payeurs : précisions jurisprudentielles sur l'imputation de diverses prestations sociales.

PORCHY-SIMON S.

Dans le prolongement des arrêts rendus par l'assemblée plénière le 20 janvier 2023, excluant l'imputation de la rente accident de travail sur le déficit fonctionnel permanent que celle-ci ne répare pas, la deuxième chambre civile continue de préciser la manière dont le recours poste par poste doit être mis en œuvre.

Par trois décisions des 10 octobre 2024 (n° 22-22.642 et n° 22-23.393) et 7 novembre 2024 (n° 23-14.755), elle exclut ainsi l'imputation sur le DFP de quatre nouvelles prestations.

J.C.P., 2025, n° 2, 59-61.

La responsabilité civile - 2100

2100.239S

Panorama de responsabilité civile. Novembre 2023 - Octobre 2024.

BRUN P., GOUT O. et QUEZEL-AMBRUNAZ C.

Ce panorama de l'année 2024 aborde les problématiques traitées durant cette année en jurisprudence, qu'il s'agisse de la notion générale de préjudice et de ses déclinaisons en droit du dommage corporel que de domaines plus spéciaux tels que les accidents de la circulation, la responsabilité du fait des produits, la responsabilité médicale et les accidents médicaux.

Dalloz, 2025, n° 1, 22-32.

2117.719S

Les spacers dans la prise en charge en deux temps des infections péri-prothétiques.

BATAILLER C., CANCE N. et LUSTIG S.

Le changement de prothèses infectées en deux temps nécessite la dépose de la prothèse lors du premier temps puis la mise en place d'une entretoise ou d'un « spacer » articulaire, dans un second temps, après au moins 6 semaines, la réimplantation d'une nouvelle prothèse est réalisée. Les spacers ont deux grandes fonctions : la délivrance de doses élevées d'antibiotiques localement et la conservation de l'espace articulaire en réduisant les rétractions tendineuses et en améliorant le confort du patient jusqu'à la réimplantation. Cette revue a pour objectifs de détailler les caractéristiques nécessaires des antibiotiques ajoutés au ciment pour obtenir une bonne diffusion articulaire, de décrire les étapes du changement en deux temps, et enfin d'expliquer les différents types de spacers articulaires possibles selon l'articulation et leurs complications.

Rev. chir. orthop., 2024, 110-6, 976-991 (biblio.).

Laboratoires. Pharmaciens. Produits défectueux - 2152

2152.293S

La nouvelle responsabilité du fait des produits défectueux : état des lieux et analyse critique.

KNETSCH J.

Après des années de préparation, la directive 2024/2853 relative à la responsabilité du fait des produits défectueux a enfin été publiée au JOUE du 18 novembre 2024. À transposer pour le 9 décembre 2026 et remplaçant la directive de 1985, elle modifie de fond en comble l'actuel régime de responsabilité codifié aux articles 1245 et suivants du Code civil. Qu'il s'agisse de la notion de produit, du cercle des responsables, de la preuve du défaut et du lien de causalité ou encore de la divulgation des éléments de preuve, la nouvelle responsabilité du fait des produits défectueux se veut une réponse aux évolutions technologiques ainsi qu'aux mutations de notre société de consommation. Cette étude a pour objet de présenter l'essentiel des changements, d'identifier les sources de contentieux futurs et d'esquisser les différentes options de transposition qui s'offrent au législateur national.

J.C.P., 2025, n° 4, 169-176.

2152.294S

L'Etat condamné en appel dans l'affaire de la Dépakine.Erreur ! Signet non défini.

Par cinq arrêts du 14 janvier 2025, la Cour administrative d'appel de Paris confirme que l'Etat doit réparer partiellement les conséquences de l'insuffisance de l'information donnée sur les risques liés à la prise de Dépakine pour l'enfant à naître.

CAA Paris, 14 janvier 2025 (n° 21PA01990, 21PA02510, 21PA04398, 21PA04849 et 22PA02381) - AJDA, 2025, n° 3, 119 (note J.-M. Pastor).

Expertise en matière pénale - 2322

2322.064S

**La réception d'une mission d'expertise pénale - les premières opérations.
(fiches pratiques)**

DEVILLERS G.Erreur ! Signet non défini.

Rev. experts, 2024, n° 177, 3 p.

4204.028S

Etats généraux du dommage corporel.

L'enfant et le dommage corporel.

Colloque organisé par le Conseil national des barreaux, Lille, 5 décembre 2024

Ce numéro spécial réunit les actes des 16èmes Etats généraux du dommage corporel :

- Discours d'ouverture, *par J. Couturier*
- Introduction, *par H. Fontaine*
- L'enfant victime, un voyageur sans bagage, *par C. Quézel-Ambrunaz*
- Comment penser la réparation du dommage corporel subi par l'enfant ?, *par A. Guégan*
- Atelier 1 : L'aide à la personne et l'enfant, *par C. Bernfeld, C. Quézel-Ambrunaz*
- Atelier 2 : Préjudice scolaire, universitaire ou de formation et préjudice professionnel de l'enfant, *par L. Friant, A. Musella, C. Pouzol*
- Atelier 3 : Les frais de véhicules adaptés et frais de logements adaptés de l'enfant, *par L. Lettat-Ouatah, T. Chargé, P. Joly, P. Gaud, J. Charpentier*
- Atelier 4 : Les postes de préjudice extrapatrimoniaux de l'enfant victime et de ses proches, *par M. Mescam, L. Vitale, B. Mornet*
- Atelier 5 : L'enfant victime, « objet/sujet » de l'expertise médicale : rôle de l'avocat-conseil, *par E. Abraham, L. Lettat-Ouatah, G. Chéron, P. Ménard, A.-V. Thob*
- Atelier 6 : L'enfant de la victime, l'enfant victime par ricochet, *par L. Clerc-Renaud*
- Les particularités procédurales pour l'enfant victime : délais et prescriptions, *par A. Coviaux*
- Les particularités procédurales pour l'enfant victime : loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 et décret n° 2008-1484 du 22 décembre 2008, *par J. Charpentier*

Gaz. Palais, 2025, 145 - n° Hors-Série, 1-46.

Méthodologie de l'indemnisation - 4310

4310.044S

Barème de capitalisation 2025.

LEROY G., PLANCHET F. et SALVADOR L.

La Gazette du Palais publie son barème 2025 de capitalisation des rentes des victimes d'accidents corporels. Ce dernier intègre les évolutions de l'espérance de vie et s'appuie sur les données les plus récentes concernant la mortalité, le taux d'inflation et le taux d'intérêt. Avec un taux de 0,5 %, cet outil de référence permet de calculer la capitalisation des coûts futurs liés à l'indemnisation des victimes pour la réparation des préjudices subis. En plus des tables de mortalité stationnaires de l'INSEE 2020-2022, le barème 2025 inclut les tables prospectives INSEE 2021-2121 pour aider les praticiens à mieux anticiper l'évolution de la mortalité.

Gaz. Palais, 2025, n° 2, 9-28.

Le handicap et les handicapés - 5004

5004.346S

Handicap, refus de prise en charge et recevabilité des recours.

RICHEVAUX M.

L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé est soumise à des conditions qui peuvent entraîner des recours et pour lesquelles l'auteur en précise les règles à suivre.

Petites Affiches, 2024, n° 12, 81-84.

Traumatismes artériels - 5014

5014.145S

Embolies artérielles des membres.

ZIZA V.

Les embolies artérielles des membres sont principalement dues à la migration de caillots venant du myocarde, formés et éjectés à la faveur d'un trouble du rythme. La traduction typique correspond à une ischémie aiguë de membre. Néanmoins, il existe de nombreuses autres étiologies à un tableau ischémique et les causes emboliques sont multiples. Aussi, un bilan étiologique complet est indispensable devant tout tableau d'embolie artérielle de membre. La difficulté diagnostique est d'autant plus importante qu'un tableau d'ischémie brutale n'est pas systématique et l'on peut être face à un tableau chronique, voire paucisymptomatique. Le traitement est discuté entre une thromboembolctomie à la sonde de Fogarty, une thrombolyse in situ ou une thrombectomie mécanique percutanée. La place de l'artériographie reste majeure dans le processus de contrôle de ces trois procédures. Il s'agit d'une pathologie potentiellement grave, mettant en jeu le pronostic fonctionnel du membre et sa viabilité, mais également mettre en jeu le pronostic vital du patient devant les complications de la rhabdomyolyse et du syndrome de reperfusion chez un patient fragile. Il existe également une pathologie microembolique, dite des « embolies de cholestérol », qui peut survenir chez des patients présentant une athérosclérose évoluée.

E.M.C., 2024, 11-501-G-10, 14 p. (biblio.).

5037.213S

Purpura fulminans en réanimation et urgences pédiatriques.

ZINI J., BERGOUNIOUX J., COUREUIL M. et EL CHOUERY E.

Le purpura fulminans à méningocoque est caractérisé par un état de choc rapide et brutal et aucun examen complémentaire ne doit ralentir la décision de mise sous antibiothérapie et du remplissage vasculaire. Le diagnostic est purement clinique et l'évaluation de la gravité doit être immédiate. Un transfert immédiat dans un service de soins intensifs et de réanimation pédiatrique doit être organisé. Des complications de type cardiaque, des troubles de la coagulation, des nécroses des extrémités et un syndrome des loges compliquent la prise en charge au cours du séjour en réanimation. Des séquelles cutanées et orthopédiques peuvent assombrir le pronostic.

E.M.C., 2024, 25-140-E-30, 15 p. (biblio.).

Le fœtus et l'enfant in utero - 5043

5043.072S

Interruption volontaire de grossesse instrumentale du premier et du deuxième trimestre (hors complications).

FAUCHER P. et LINET T.

Les deux méthodes instrumentales pour pratiquer une interruption volontaire de grossesse (IVG) jusqu'à 16 semaines d'aménorrhée (SA), en France, sont l'aspiration, généralement électrique et la dilatation-évacuation du contenu utérin. Le choix de la méthode instrumentale est donné à la patiente comparativement à la méthode médicamenteuse. La patiente choisit également le type d'analgésie. L'échographie permet de préciser le terme de la grossesse et de contrôler la vacuité utérine en fin d'intervention. L'administration systématique en préopératoire d'une préparation médicamenteuse du col utérin permet de faciliter le geste opératoire et de réduire les complications mécaniques de la méthode instrumentale. Les suites opératoires sont généralement très simples.

E.M.C., 2024, 738-A-40, 13 p. (biblio.).

Mort fœtale : consensus formalisé d'experts du Collège national des gynécologues et obstétriciens français.

GARABEDIAN C., SIBIUDE J., ANSELEM O., ATTIE-BITTACH T., BERTHOLDT C., BLANC J., DAP M., de MEZERAC I., FISCHER C., GIRAULT A., GUERBY P., LE GOUEZ A., MADAR H., QUIBEL T., TARDY V., STIRNEMANN J., VIALARD F., VIVANTI A., SANANES N. et VERSPYCK E.

La mort fœtale est définie par l'arrêt spontané de l'activité cardiaque à partir de quatorze semaines d'aménorrhée.

Concernant la prévention de la mort fœtale en population générale, il est recommandé :

- de ne pas préconiser le repos et de ne pas prescrire une supplémentation en vitamine A, ni en vitamine D, ni en micronutriments dans le seul but de réduire le risque de mort fœtale ;
- de ne pas prescrire de l'aspirine ;
- de vacciner contre la grippe en période épidémique et contre le SARS-CoV-2 ;
- de ne pas réaliser de recherche systématique d'un circulaire du cordon au cours des échographiques de dépistage et de ne pas réaliser de surveillance antepartum systématique par cardiotocographie ;
- de ne pas encourager les femmes à réaliser un compte des mouvements actifs fœtaux pour réduire le risque de mort fœtale.

Concernant le bilan, il est proposé qu'un examen externe fœtal soit systématiquement proposé et il est recommandé :

- de réaliser un examen fœtopathologique et anatomopathologique placentaire afin d'en déterminer la cause ;
- de réaliser une analyse chromosomique par puce à ADN plutôt qu'un caryotype conventionnel ;
- de proposer de rechercher des anticorps antiphospholipides et de réaliser systématiquement un test de Kleihauer et la recherche d'agglutinines irrégulières.

Concernant la prise en charge, il est proposé, en l'absence de situation à risque de coagulation intravasculaire disséminée ou à risque vital maternel, de prendre en compte le souhait de la patiente pour déterminer le délai entre le diagnostic de la mort fœtale et l'induction de la naissance. La voie d'accouchement à privilégier dans toutes les situations excluant l'urgence vitale maternelle, est la voie basse, que l'utérus soit cicatriciel ou non. Le risque de récurrence de mort fœtale dans le cadre d'une grossesse gémellaire, il est proposé qu'une évaluation du jumeau survivant soit réalisée dès que le diagnostic est posé.

Gynécol. obst. fertilité et sénologie, 2024, 52-10, 549-611 (biblio.).

Problèmes psychologiques des traumatisés - 5050

5050.185S

Trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité chez l'enfant et l'adolescent.

ROULIN M. et CACI H.

Le trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) est un trouble du neurodéveloppement, qui concerne autour de 4 % des enfants de 6 à 17 ans, dits en âge scolaire. L'origine du trouble est multiple et principalement génétique. La détection précoce du TDAH et la mise en œuvre d'une prise en charge adaptée, souvent pluridisciplinaire, sont essentielles. Le TDAH perdure à l'âge adulte dans la majorité des cas, entraînant des conséquences de plus en plus graves. Le diagnostic du TDAH est strictement clinique. Il doit prendre en compte les diagnostics différentiels, psychiatriques et somatiques. La prise en charge d'un patient avec TDAH doit être réfléchie, évolutive et inclure l'entourage. Cet article fait le point sur les connaissances actuelles du TDAH chez l'enfant et l'adolescent, la méthodologie pour la démarche diagnostique et résume les options thérapeutiques à la lumière des données scientifiques récentes et fondées sur des preuves.

E.M.C., 2024, 4-103-C-30, 7 p. (biblio.).

Séquelles psychiatriques - 5052

5052.230S

Dégénérescence lobaires frontotemporales (DFLT) : démence sémantique.

BELLIARD S., MERCK C. et SALMON A.

La démence sémantique est un syndrome d'atrophie focale apparaissant vers 60 ans, lié à la dégénérescence bilatérale mais asymétrique des lobes temporaux antérieurs. Le tableau débute le plus souvent par une perte du sens des mots. La progression se fait vers l'apparition d'une perte progressive des concepts que le patient n'utilise pas régulièrement et l'apparition de troubles comportementaux sous forme d'un égocentrisme comportemental. Le décès survient en moyenne 8 ans après le diagnostic. La prise en charge passe essentiellement par la remédiation cognitive.

E.M.C., 2024, 17-056-B-20, 11 p. (biblio.).

5054.108S

Prise en charge psychocorporelle des troubles somatiques fonctionnels.

KACHANER A., LEMOGE C. et RANQUE B.

Les troubles somatiques fonctionnels sont fréquents et entraînent une détérioration significative de la qualité de vie. Leur origine est multifactorielle et mal comprise, mais leur prise en charge est relativement codifiée. Les traitements médicamenteux sont généralement peu efficaces tandis que les approches psychocorporelles jouent un rôle central, avec trois grands principes : une relation médecin-patient empathique, une activité physique régulière et une psychothérapie de type thérapie cognitive et comportementale. Les facteurs d'entretien cognitifs et comportementaux doivent être recherchés et constituent des cibles thérapeutiques privilégiées. Les patients ont fréquemment des conduites d'évitement, notamment de l'effort physique.

Rev. méd. interne, 2024, 45-10, 634-640 (biblio.).

5054.109S

Trouble factice imposé à soi-même et syndrome de Munchausen : mise au point.

BERAR A.

Le trouble factice imposé à soi-même (TFIS) est un trouble mental caractérisé par un comportement conscient de manipulation de la part de patients ne poursuivant pas un objectif externe clairement identifiable. Il se manifeste par des symptômes ou des signes cliniques variés et est susceptible d'impliquer toutes les spécialités. Le syndrome de Munchausen constitue une forme particulière de TFIS, plus répandue chez les hommes et marquée par sa sévérité. Les comorbidités psychiatriques sont fréquentes. Le pronostic est souvent médiocre, du moins à court et moyen terme. Eviter les prescriptions inutiles est essentielle pour prévenir la iatrogénie. La prise en charge du TFIS est mal codifiée.

Rev. méd. interne, 2024, 45-10, 649-655 (biblio.).

5067.172S

Principaux troubles neurocognitifs non liés à une maladie d'Alzheimer.

VIDAL J.-S., PICCOLI M., RIGAUD A.-S. et HUGONOT-DIENER L.

Les démences ou troubles neurocognitifs majeurs (TNCM), constituent un groupe de maladies comportant un déclin intellectuel progressif, touchant au moins deux domaines cognitifs entraînant un retentissement sur les activités de vie quotidienne. Le diagnostic positif et différentiel de ces maladies nécessite un examen clinique, des tests neuropsychologiques, des examens sanguins et de neuro-imagerie. Les étiologies sont multiples et sont classiquement réparties en causes soit dégénératives non Alzheimer, soit secondaires à un agent avec un groupe de facteurs pathogènes impliqués. Seules les plus fréquentes seront décrites ici (dégénérescence lobaire frontotemporale, maladie à corps de Lewy et troubles neurocognitifs vasculaires et mixtes).

E.M.C., 2024, 37-540-B-50, 13 p. (biblio.).

Les traumatismes crâniens et leurs séquelles - 5100

5100.352S

Traumatismes crâniens non graves.

GUENEZAN J., GOUILLET A., DRUGEON B. et MIMOZ O.

Les traumatismes crâniens sont dit légers, avec un score sur l'échelle de Glasgow entre 13 et 15. Le premier enjeu est de déceler les patients avec des lésions intracrâniennes consécutives au traumatisme crânien. Le gold standard reste à l'heure actuelle la tomodensitométrie cérébrale non injectée. Des alternatives comme les biomarqueurs se développent de plus en plus. D'autres techniques d'imagerie peuvent avoir un intérêt en fonction des situations, comme l'imagerie du rachis, ou le Doppler transcrânien sur les patients avec lésion intracrânienne. L'urgentiste devra ensuite organiser la suite de la prise en charge du patient, et sélectionner les patients devant être hospitalisés pour surveillance de ceux pouvant rentrer à domicile. La surveillance systématique des patients sous antiagrégants plaquettaires ou anticoagulant n'est plus la norme.

E.M.C., 2024, 25-200-C-10, 5 p. (biblio.).

5104.197S

Imagerie cérébrale à la phase aiguë de l'ischémie cérébrale.

KILANI V., IFERGAN H., PASI M., JANOT K., BENZAKOUN J., LEFEVRE V., OPPENHEIM C., COTTIER J.-P. et BOULOUIS G.

L'imagerie joue un rôle central à la phase aiguë de l'accident vasculaire cérébral ischémique, permettant le diagnostic positif, le diagnostic différentiel et la sélection des patients éligibles aux thérapeutiques visant à rétablir un flux sanguin adéquat vers le tissu cérébral ischémié afin de limiter les lésions irréversibles du parenchyme cérébral, favoriser la récupération fonctionnelle, limiter la mortalité et le risque de récurrence.

E.M.C., 2024, 17-045-A-90, 40 p. (biblio.).

Rocher - 5114

5114.010S

Fractures du rocher.

CHATELET F., DJIAN C., HAUTEFORT C., MALAAB E., ATALLAH S., MOHLER J., VINCIGUERRA A., KANIA R., GUICHARD J.-P., HERMAN P. et VERILLAUD B.

Le rocher est une structure anatomique complexe, abritant de nombreuses structures nobles. Les fractures du rocher sont le plus souvent dues à des accidents de la voie publique. Ce sont rarement des fractures isolées. Les atteintes vasculaires doivent être suspectées et recherchées dès la période initiale. En cas de paralysie faciale immédiate et complète, l'indication d'une prise en charge chirurgicale en urgence doit être discutée. Les atteintes cochléo-vestibulaires peuvent nécessiter la mise en place d'une corticothérapie systémique à la phase initiale. En dehors de la surdité progressive par fistule périlymphatique, la prise en charge des séquelles auditives est le plus souvent secondaire, après résorption de l'hémotympan. Les brèches méningées avec fuites de liquide cébrospinal se tarissent spontanément dans la très grande majorité des cas. La fermeture chirurgicale de la brèche en cas de persistance de l'écoulement au-delà de 7 à 10 jours reste indiquée. Des complications tardives telles qu'un méningocèle ou un cholestéatome peuvent apparaître.

E.M.C., 2024, 22-220-A-10, 34 p. (biblio.).

Traumatismes du nez. Epistaxis - 5149

5149.019S

Septoplastie.

RUMEAU C., DE SAINT-HILAIRE T. et JANKOWSKI R.

Procédure longtemps dominée par la technique de Cottle et ses dérivés, les techniques plus récentes se sont détachées de certains dogmes historiques, en particulier la préservation systématique et impérieuse de la zone K. Elles restent néanmoins plus exigeantes dans leur réalisation. Leur maîtrise insuffisante ou une erreur d'appréciation de l'indication chirurgicale conduisent à un manque de résultats, préjudiciable à la relation médecin-patient dans ce contexte de chirurgie fonctionnelle.

E.M.C., 2024, 22-460-C-10, 11 p. (biblio.).

Comas et pertes de connaissance - 5152

5152.141S

Gestion du coma aux urgences.

GENNAI S.

Le coma est défini comme une altération profonde de l'état de conscience, responsable d'un défaut d'interaction du patient avec son environnement. Devant tout coma, la priorité va à la stabilisation du patient, puis à son évaluation clinique initiale incluant l'utilisation d'une échelle de gradation du coma. Certains examens complémentaires sont réalisés de façon systématique, d'autres sont indiqués au cas par cas. La recherche d'une étiologie réversible guide la démarche médicale. Après un bref point sur la physiopathologie du coma, sont décrits les éléments de la prise en charge médicale, les principales causes réversibles de coma et leurs traitements et quelles étiologies évoquer en fonction de l'examen clinique initial et des examens complémentaires.

E.M.C., 2024, 25-110-A-20, 7 p. (biblio.).

5165.010S

Pathologies obstructives des glandes salivaires : lithiases, sténoses, dilatation.

FRANDJIAN H., CHOSSEGROS C., VAROQUAUX A. et GRAILLON N.

Les pathologies obstructives salivaires, principalement les lithiases et les sténoses des canaux salivaires, idiopathiques ou consécutives à l'administration d'iode 131, ont grandement bénéficié des nouvelles techniques de diagnostic, et surtout des nouvelles thérapeutiques mini-invasives. L'exérèse d'une glande salivaire en première intention dans le traitement d'une pathologie rétentionnelle salivaire n'est plus justifiable aujourd'hui. Les dilatations représentent un troisième type de pathologies rétentionnelles salivaires, moins fréquent que les lithiases et les sténoses.

E.M.C., 2024, 22-060-A-10, 23 p. (biblio.).

5190.014S

Plaies cervicales pénétrantes.

CARUHEL J.-B., BOUAOUD J., TABCHOURI N., SCHOUMAN T. et GOUDOT P.

Les défis de la prise en charge en urgence et des temps secondaires de reconstruction imposent une connaissance parfaite des critères de gravité, des gestes salvateurs et des techniques de reconstruction chirurgicale. Initialement, il est nécessaire de diagnostiquer et traiter les deux urgences engageant le pronostic vital : la détresse respiratoire aiguë par obstruction des voies aériennes supérieures et une hémorragie massive. Toute plaie cervicale pénétrante impose un transfert médicalisé en centre spécialisé disposant d'un plateau technique complet. Le diagnostic lésionnel initial repose sur l'examen clinique et, en l'absence de signe de gravité, la réalisation d'un angioscanner. L'angioscanner est le gold standard et permet un bilan lésionnel initial précis guidant la prise en charge chirurgicale. Il est fondamental de reconnaître et traiter les lésions des structures nerveuses cervicales et du tractus digestif. Les plaies œsophagiennes méconnues au temps initial peuvent secondairement se révéler par des complications septiques sévères.

E.M.C., 2024, 25-200-C-40, 11 p. (biblio.).

5190.015S

Prise en charge chirurgicale des plaies pénétrantes du cou. Mise au point.

Partie n° 1 - Prise en charge préhospitalière.

PAILLUSSON W., SESMUN R., ARVIEUX C., BALANDRAUD P., MARTINOD E., KUCZMA P. et TRESALLET C.

Les traumatismes cervicaux, par objet tranchant ou arme à feu, figurent parmi les lésions traumatiques les plus létales. Cet article décrit l'essentiel de la prise en charge médicochirurgicale en urgence des plaies pénétrantes cervicales.

J. chir. visc., 2024, 161-5, 339-346 (biblio.).

Trachée - 5192

5192.085S

Sténoses laryngées de l'adulte.

LAGIER A. et CRESTANI S.

Les sténoses laryngées et trachéales sont un rétrécissement pathologique de la filière aérienne d'un ou plusieurs étages du larynx et/ou de la trachée cervicale ou thoracique. Elles sont à l'origine d'une dysphonie, pour les sténoses glottiques impliquant la commissure antérieure, ou d'une dyspnée bruyante, pour les autres localisations. Les étiologies des sténoses de l'adulte sont multiples, le plus souvent iatrogènes et en particulier postintubation orotrachéale. Les causes auto-immunes et idiopathiques sont également fréquentes. La prise en charge est souvent chirurgicale, par voie endoscopique ou externe. Les indications thérapeutiques reposent sur une évaluation précise, non seulement de la sténose mais aussi des comorbidités associées.

E.M.C., 2024, 20-735-A-10, 14 p. (biblio.).

Sacrum, coccyx, articulations sacro-iliaques : technique radiologique et aspects normaux.

PASTOR M., BARON-SARRABERE M.-P., MICHEAU A. et CYTEVAL C.

Le sacrum et le coccyx sont des entités particulières de l'axe rachidien. Ces deux structures sont comme un coin enfoncé entre les deux ailes iliaques. La morphologie des articulations sacro-iliaques (ASI) est également complexe, c'est pourquoi l'analyse de cette région en radiographie standard est souvent délicate, d'autant que de nombreuses superpositions gazeuses peuvent les masquer. La tomodensitométrie et l'imagerie par résonance magnétique ont, à l'heure actuelle, supprimé bon nombre de ces difficultés.

E.M.C., 2024, 30-700-A-10, 13 p. (biblio.).

Instabilité chronique antérieure et postérieure de l'épaule : technique conventionnelle, traitement à ciel ouvert.

BARBIER O.

L'instabilité d'épaule est un signe fonctionnel correspondant à des épisodes symptomatiques de luxations ou de subluxations itératives de l'épaule, et correspondant à une translation glénohumérale excessive dans une ou plusieurs directions secondaires à une laxité excessive glénohumérale. La chirurgie à ciel ouvert de l'instabilité de l'épaule garde encore de nombreuses indications et demeure encore la technique de référence. Un examen clinique rigoureux et un bilan d'imagerie préopératoire complet sont fondamentaux pour identifier les lésions capsuloligamentaires et/ou osseuses responsables et afin de poser l'indication opératoire. Deux stratégies chirurgicales sont possibles, soit des techniques dites « anatomiques », avec une réparation des éléments capsuloligamentaires lésés, soit des techniques « non anatomiques », avec des butées osseuses. La butée osseuse antérieure reste encore aujourd'hui la technique de référence est bien moins fréquente.

E.M.C., 2024, 44-261, 55 p. (biblio.).

Instabilité postérieure de l'épaule.

GARRET J., GUNST S. et GAUCI M.-O.

L'instabilité postérieure de l'épaule (IPE) se définit comme une perte de contact articulaire postérieure partielle ou totale, dynamique, récidivante et symptomatique. Les éléments anatomiques qui favorisent l'IPE sont l'hyperlaxité ligamentaire, la rétroversion ou une dysplasie glénoïdienne et une morphologie d'acromion spécifique de type haut et horizontal. Les lésions anatomiques associées sont les lésions du labrum, les érosions et les fractures de la glène postérieure et les encoches antérieures de la tête humérale. Les épaules fonctionnelles instables (EFI) se caractérisent par l'absence de lésion anatomiques et se présentent sous forme de subluxations reproductibles involontaires. Les épaules structurelles instables (ESI) se caractérisent par l'existence de lésions anatomiques. L'origine de ces lésions est souvent des microtraumatismes répétés et la douleur est le symptôme le plus fréquent.

Rev. chir. orthop., 2024, 110-6, 795-810 (biblio.).

Hanche - 5420**Fractures acétabulaires périprothétiques.**

REINA N.

Les fractures acétabulaires périprothétiques représentent un défi clinique et thérapeutique important en orthopédie. Elles peuvent survenir en peropératoire traitées en aiguë ou de diagnostic secondaire, ou à la suite d'un traumatisme ou dans le cadre d'une fragilité osseuse chronique ou associée à un descellement prothétique. Les classifications catégorisent les fractures en fonction de la stabilité de l'implant acétabulaire et du contexte de survenue de la fracture.

Les fractures de diagnostic secondaire, souvent par des symptômes comme une douleur persistante ou une instabilité, nécessitent une évaluation par une imagerie diagnostique. Le traitement dépend de la stabilité de la prothèse qui orientera vers une limitation fonctionnelle conservatrice, une révision prothétique associée à une possible stabilisation du foyer fracturaire mais également la gestion de potentielles lésions osseuses périprothétiques. Les fractures traumatiques nécessitent une évaluation complète pour objectiver la stabilité des implants. Le traitement pourra être conservateur, nécessiter une ostéosynthèse ou une révision des implants.

Rev. chir. orthop., 2024, 110-6, 846-856 (biblio.).

5440.182S

Variantes et pièges en imagerie du genou.

KADI R. et SHAHABPOUR M.

L'imagerie par résonance magnétique (IRM) est considérée comme étant la modalité d'imagerie de choix dans l'évaluation des dérangements internes du genou. Elle permet l'étude de l'ensemble des structures du genou. Pour une interprétation optimale en IRM du genou, il y a plusieurs prérequis, parmi lesquels nous notons une bonne connaissance de l'aspect anatomique normal du genou. Celle-ci peut ensuite être appliquée à la compréhension des variantes anatomiques et des pièges diagnostiques couramment rencontrés afin d'éviter toute interprétation erronée pouvant conduire à une exploration supplémentaire, voire à une prise en charge invasive ou chirurgicale inutile.

E.M.C., 2024, 30-434-A-15, 29 p. (biblio.).

5440.183S

Pathologie ménisco-ligamentaire du genou en croissance.

GICQUEL P.

La pathologie ménisco-ligamentaire de l'enfant et l'adolescent est riche, les lésions sont plus nombreuses en raison d'une pratique sportive accrue mais également par un meilleur diagnostic. Les lésions méniscales se retrouvent sur un ménisque sain ou siège d'une anomalie congénitale. Le diagnostic est évoqué cliniquement et confirmé par l'imagerie IRM. La prise en charge doit être adaptée, elle repose sur une méniscopeplastie en cas de ménisque discoïde et sur la réparation des lésions. La préservation méniscale est la règle. L'atteinte du pivot central est soit ligamentaire et dans ce cas le plus souvent sur le ligament croisé antérieur (LCA) ou concerne le massif des épines tibiales. L'âge, l'anatomie, les circonstances traumatiques influent sur le type de lésion. Le traitement conservateur des ruptures du LCA qu'il soit chirurgical par suture ou non chirurgical par une prise en charge rééducative encadrée retrouve une place. Les ligamentoplasties à cartilages de croissance ouverts ne posent pas de problème particulier à condition de respecter certains principes de protection des physis.

Rev. chir. orthop., 2024, 110-6, 892-902 (biblio.).

Tibia. Plateaux tibiaux - 5448

5448.059S

Fractures des condyles tibiaux à haute énergie.

MARTZ P. et LE BARON M.

Les fractures des condyles tibiaux à haute énergie sont complexes et difficiles à traiter, pourvoyeuses de séquelles fonctionnelles et fréquemment accompagnées de lésions des tissus mous.

Leur description doit prendre en compte l'intégralité des composantes fracturaires notamment postérieures pour une prise en charge complète. La stratégie séquentielle avec fixation temporaire, bilan d'imagerie puis ostéosynthèse définitive semble s'imposer. Elle permet un contrôle des risques cutanés et infectieux. Les résultats à long terme sont grevés de séquelles fonctionnelles importantes et d'une évolution arthrosique avec au moins 5 % d'arthroplasties de genou secondaires.

Cette étude se propose de faire le point sur ce sujet en répondant à 6 questions : Comment décrire ces fractures pour les comprendre et envisager leur prise en charge ? Quelle doit être la prise en charge immédiate pour tenter d'éviter des complications aiguës ? Quels sont les grands principes du traitement définitif ? Qu'en est-il des lésions méniscales et ligamentaires associées ? Y a-t-il une place pour l'assistance arthroscopique ? La navigation ? La réduction par ballonnet ? Quels sont les résultats au long cours ?

Rev. chir. orthop., 2024, 110-6, 811-822 (biblio.).

Prothèses du genou - 5449

5449.093S

Genou douloureux après prothèse du genou : à quoi penser ?

BELBACHIR A. et ANRACT P.

Les résultats attendus après PTG sont une diminution de la douleur, une meilleure fonction et une amélioration de la qualité de vie avec un résultat durable dans le temps. Cependant, 10 à 34 % des patients restent insatisfaits après leur intervention. La cause principale de ce résultat imparfait est, dans la majorité des cas, une douleur persistante. Les principales causes de douleur persistantes sont : les causes périarticulaires, les douleurs projetées, les douleurs neuropathiques, les descellements, l'infection et les instabilités et anomalies de positionnement des implants.

Un patient qui présente une douleur persistante après son intervention doit être exploré de façon structurée et logique. L'examen clinique est essentiel et va orienter la demande d'examens complémentaires. Il convient dans un premier temps de rechercher une cause intrinsèque puis les causes extrinsèques. Une fois toutes les causes éliminées, il faudra rechercher une douleur neuropathique ou un syndrome douloureux régional complexe.

Douleurs, 2024, 25-5-6, 258-272 (biblio.).

Reprises pour prothèse de genou raide.

PUTMAN S., ANDRE P.-A., PASQUIER G. et DARTUS J.

Une raideur post prothèse totale de genou (PTG) peut être définie par un flessum de plus de 15 degrés et/ou une flexion inférieure à 75 degrés mais pour d'autres par un arc de mobilité inférieur à 70, voire 45 ou 50. La première étape consiste à déterminer ses causes, préopératoires, peropératoires et postopératoires. La prise en charge dépend du délai écoulé depuis la PTG ainsi que du type de raideur et doit être pluridisciplinaire. A moins de 3 mois, une manipulation douce sous anesthésie générale peut être proposée avec de bons résultats sur la flexion. En cas d'échec, la chirurgie doit être envisagée. L'arthrolyse arthroscopique est la plus pratiquée. L'arthrolyse à ciel ouvert permet une libération postérieure plus étendue et de remplacer l'insert en place par un insert moins épais. En cas d'anomalie de position ou de taille des implants ou en cas d'échec des autres procédures, la révision prothétique est la seule option, mais avec un risque élevé de complications.

Rev. chir. orthop., 2024, 110-6, 784-794 (biblio.).

Chevilles et tarse - 5460

Le conflit antérieur de cheville.

LEIBER-WACKENHEIM F.

Ce travail fait le point sur le conflit antérieur de cheville en répondant aux questions suivantes : Quelle est sa définition ? ; Quelle est sa physiopathologie ? ; Quelle classification doit-on utiliser ? ; Quelle doit être la stratégie thérapeutique ? ; Que peut-on espérer comme résultats de la prise en charge ?.

Un conflit antérieur de cheville est suspecté devant des douleurs antérieures de cheville reproductibles par la palpation et exacerbé par la mise en flexion dorsale de cheville par l'examineur, la réalisation d'un squat et le signe de Molloy. Les étiologies sont diverses. Les examens complémentaires en coupe, au premier rang desquelles l'IRM, sont indispensables pour en déterminer la cause.

Rev. chir. orthop., 2024, 110-6, 774-783 (biblio.).

Fractures des métatarsiens sans atteinte du Lisfranc.

ANCELIN D.

Les fractures des métatarsiens sont fréquentes, représentant un tiers des fractures du pied.

Ce travail se propose de faire le point sur ces fractures en répondant à 4 questions :

– **Comment les appréhender selon leur localisation et leur mécanisme lésionnel ?**

Isolées ou associées, bénignes mais parfois graves, elles ont des pronostics différents et peuvent engendrer des séquelles importantes. Les fractures de fatigue sont fréquentes, souvent en lien avec une activité sportive. Le regroupement de ces fractures selon le(s) métatarsien(s) touché(s) est essentiel. Le mécanisme lésionnel est un facteur déterminant de la stratégie thérapeutique, notamment pour le traitement des fractures de fatigue de M5.

– **Comment évaluer leur degré de gravité ?**

Leur gravité est dominée par les lésions associées, notamment celle de l'articulation tarso-métatarsienne (ATM), et celles des tissus mous adjacents.

– **Quelles sont les modalités de la prise en charge thérapeutiques et ses résultats ?**

Le traitement dépend du siège de la fracture, de son caractère récent ou ancien et de l'importance du traumatisme causal.

– **Quelles sont leurs possibles complications et séquelles ?**

Les complications cutanées et infectieuses sont l'apanage des traumatismes à haute énergie. La chirurgie est également un facteur de risque notamment d'atteinte nerveuse. Les pseudarthroses, retards de consolidation et fractures itératives sont surtout le fait des fractures de la base du M5.

Rev. chir. orthop., 2024, 110-6, 811-822 (biblio.).

Explorations fonctionnelles pulmonaires. Rééducation - 5509

5509.039S

Explorations fonctionnelles respiratoires.

LE MELEDO M., STRAUS C. et LAVENEZIANA P.

Cet article a pour but de présenter les différentes composantes des tests disponibles pour l'évaluation de la fonction respiratoire et d'en expliquer l'interprétation. La mesure des volumes pulmonaires et des débits ventilatoires est abordée en premier lieu et permet d'identifier les troubles ventilatoires obstructifs et restrictifs, et d'en grader la sévérité. Sont ensuite traitées les différentes méthodes d'évaluation de l'hyperréactivité bronchique et de la réversibilité des troubles obstructifs. Sont discutées également des techniques permettant l'évaluation globale des muscles respiratoires et plus spécifiquement de la fonction diaphragmatique, tout comme des tests spécialisés permettant l'évaluation de la commande ventilatoire. Enfin, l'analyse des gaz du sang est abordée sous un angle physiologique.

E.M.C., 2024, 6-0955, 20 p. (biblio.).

Traumatismes cardiaques - 5540

5540.168S

Arrêt cardiaque en préhospitalier de l'adulte : chaîne de survie et défibrillation précoce.

POGNONEC C., AUGUSTIN C., TRUCHOT J. et DUMAS F.

L'arrêt cardiaque (AC) est un événement fréquent aux multiples étiologies. Sa prise en charge est codifiée et repose sur des recommandations d'experts. L'initiation précoce des gestes de réanimation tels que le massage cardiaque externe et la pose du défibrillateur conditionne la survie du patient.

Le diagnostic étiologique précis repose sur un ensemble d'éléments cliniques, paracliniques et radiologiques. En cas d'AC réfractaire, la décision d'arrêt de la réanimation médicale revient au médecin responsable.

E.M.C., 2024, 25-010-B-10, 11 p. (biblio.).

Assistance circulatoire : indications actuelles et perspectives.

ORTUNO S., COMBES A. et PINETON DE CHAMBRUN M.

L'assistance circulatoire est un ensemble de techniques mécaniques invasives ayant pour objectif d'augmenter ou de remplacer le débit cardiaque afin d'empêcher ou de reverser les défaillances d'organes et de le maintenir en vie. L'oxygénateur à membrane veinoartérielle est la technique la plus largement utilisée et la mieux étudiée. L'indication principale de l'assistance circulatoire de courte durée est le choc cardiogénique réfractaire au traitement médical optimal. Les causes de choc cardiogénique sont multiples. L'ECMO permet d'attendre la récupération des dysfonctions cardiaques réversibles ou d'accompagner les malades vers la transplantation cardiaque ou l'assistance circulatoire de longue durée. Ces techniques sont associées à des complications spécifiques.

E.M.C., 2024, 2-0350, 15 p. (biblio.).

Troubles du rythme - 5541

Traitement chirurgical de la fibrillation atriale.

ADDI M., PORTERIE J., BOTE A., ROLLIN A., MONDOLY P., LABASTE F., MAURY P., LA MEIR M., GRUNENWALD E. et MARCHEIX B.

Il s'agit d'une tachyarythmie supraventriculaire, caractérisée par une activation électrique atriale désordonnée, aboutissant à une perte du rythme sinusal et de la systole atriale. Elle est responsable de perturbations hémodynamiques, de complications thromboemboliques, d'insuffisance cardiaque, de mortalité, d'altération de la qualité de vie et d'hospitalisations itératives. La restauration et le maintien du rythme sinusal peuvent faire intervenir des stratégies de cardioversion ou d'ablation. L'ablation a largement bénéficié du développement de technologies telles que la radiofréquence et la cryothérapie, qui ont simplifié la technique.

E.M.C., 2024, 42-525, 13 p. (biblio.).

Complications de l'infarctus du myocarde, évolution et pronostic.

GUEDENEY P. et SILVAIN J.

L'infarctus du myocarde est une maladie fréquente et grave, avec environ 100 000 cas annuels en France, responsable de 13 % de la mortalité totale annuelle en France et d'au moins 50 millions de décès annuels dans le monde. Son incidence est stable depuis plusieurs décennies marquant l'échec des politiques de santé en termes de prévention primaire. La revascularisation précoce a entraîné une diminution importante de la mortalité et de la fréquence des complications qui demeurent néanmoins et méritent d'être connues et prises en charge. Ces complications recouvrent de nombreuses formes cliniques : insuffisance cardiaque, troubles du rythme et de la conduction, la thrombose de stent en cas d'angioplastie coronaire ainsi que de graves complications mécaniques ou encore réactions péricardiques. La complication la plus importante reste la séquelle musculaire de l'infarctus qui entraîne un remodelage ventriculaire à l'origine de cardiopathie ischémique se transformant plus ou moins rapidement en cardiopathie dilatée et responsable d'insuffisance cardiaque chronique puis terminale. L'identification des facteurs de risque de mauvais pronostic permet d'adapter la réponse thérapeutique et d'identifier les sujets les plus à risque de complications.

E.M.C., 2024, 11-030-P-15, 10 p. (biblio.).

Sténoses et brûlures - 5552

Ingestion de caustiques et brûlures des voies aérodigestives supérieures.

TOULEMONDE P., MALTEZEANU A. et FAYOUX P.

L'ingestion de produit caustique reste une situation relativement fréquente, notamment dans le contexte des tentatives d'autolyse. Les ingestions accidentelles, qui prédominent chez l'enfant, tout comme les brûlures des voies aérodigestives, sont plus rares. Les signes cliniques sont très variables, liés à la nature et la quantité de produit ingéré, et la durée d'exposition. Les tableaux cliniques pourront donc être très différents, du patient asymptomatique aux lésions nécrotiques perforées mettant en jeu le pronostic vital à court terme. Le diagnostic repose avant tout sur l'évaluation clinique et sur l'évaluation endoscopique. Dans le cadre des ingestions volontaires, le scanner permet une bonne appréciation de la profondeur des lésions, ou la présence de perforation, et pourra guider la prise en charge chirurgicale. Il est important de rappeler que ces lésions peuvent s'aggraver rapidement et restent évolutives pendant plusieurs mois. La prise en charge en urgence doit être multidisciplinaire. Le risque d'évolution sténotique perdure pendant plusieurs mois, nécessitant un suivi clinique et, si nécessaire, endoscopique. La correction chirurgicale de ces sténoses secondaires ne sera discutée que sur des lésions fixées, pouvant nécessiter des dilatations itératives ou la mise en place de calibrages temporaires. Enfin, un risque de dégénérescence tardive de ces lésions est décrit.

E.M.C., 2024, 20-720-A-10, 11 p. (biblio.).

Traumatismes spléniques - 5610

5610.049S

Traumatismes de la rate : principes de technique et de tactique chirurgicales.

ARVIEUX C., MOUROT L., GIRARD E. et PICARD J.

La rate est l'organe le plus fréquemment atteint lors d'un traumatisme abdominal, et elle peut également être lésée accidentellement lors d'une intervention chirurgicale digestive. Un blessé restant instable sur le plan hémodynamique et qui présente un épanchement intra-abdominal abondant à l'échographie. Il doit bénéficier d'une laparotomie en extrême urgence, et, si la rate est en cause, il faut effectuer une splénectomie d'hémostase. Pour le patient hémodynamiquement stable, le bilan initial doit être complet et comporte, en plus de l'examen clinique et du bilan biologique classique, impérativement une tomodensitométrie, qui doit être corps entier avec injection de produit de contraste, et des coupes aux temps précoce artériel et tardif portal. Chez le patient stable, le traitement non opératoire s'est imposé, du fait, notamment, des complications postopératoires et des mesures contraignantes à vie après splénectomie. L'artériographie avec embolisation artérielle splénique connaît un fort développement, car elle permet d'augmenter le taux de sauvetage des rates les plus lésées.

E.M.C., 2024, 40-750, 18 p. (biblio.).

Ulcères de stress. Perforations. Hémorragies - 5636

5636.031S

Hémorragies digestives et radiologie interventionnelle.

LOPEZ O., GARGIULO M., EL ZIBAWI M., BAQUE J. et CHEVALLIER P.

La radiologie interventionnelle a pris une place importante dans la prise en charge des hémorragies digestives aux côtés de l'endoscopie digestive, quels que soient le site de l'hémorragie et la cause de celle-ci. L'angiographie diagnostique et thérapeutique est l'examen de deuxième intention après l'endoscopie digestive haute. Elle permet de traiter l'hémorragie dans la grande majorité des cas avec un très faible risque de complication, notamment ischémique. Dans les saignements d'origine artérielle concernant le tube digestif bas, de l'angle de Treitz au rectum, les performances du scanner abdominopelvien avec injection de produit de contraste permettent désormais d'avoir recours à l'angiographie thérapeutique plus précocement. La radiologie interventionnelle a aussi un rôle important dans la prise en charge des hémorragies par rupture de varice œsophagienne.

E.M.C., 2024, 9-006-A-12, 7 p. (biblio.).

Péritoine - 5660

5660.014S

Péritonites postopératoires.

CHALLINE A., LEFEVRE J.-H. et PARC Y.

Les péritonites postopératoires (PPO) correspondent à des péritonites nosocomiales secondaires et tertiaires survenant dans les suites de gestes chirurgicaux. Elles compliquent entre 1 à 9 % des actes chirurgicaux. Les étiologies sont dominées par la désunion anastomotique. La mortalité hospitalière est évaluée à au moins 15 %. La PPO non traitée s'accompagne rapidement d'une défaillance d'organe. L'incidence des bactéries multirésistantes est plus importante qu'au cours des péritonites communautaires. Les critères habituels de diagnostic de péritonite sont moins fiables en raison du contexte postopératoire. Le diagnostic doit donc toujours être évoqué devant une évolution défavorable après une chirurgie abdominale. La fièvre, les douleurs abdominales et l'iléus sont les signes les plus fréquents. Le scanner injecté est l'examen de référence. La précocité du diagnostic et du traitement conditionne le pronostic.

E.M.C., 2024, 9-045-A-10, 7 p. (biblio.).

Lithiase urinaire - 5703

5703.024S

Pourquoi l'hyperthermie devient un danger quotidien en endourologie ?

SEBAA S., MAHJOUB M. et HOZNEK A.

La lithotripsie laser est une méthode clé pour détruire les calculs urinaires, exploitant la chaleur du laser. Une gestion inappropriée de cette chaleur peut causer des dommages thermiques significatifs. Ce document explore ces dynamiques thermiques et leurs conséquences.

Progrès en Urologie - FMC, 2024, 34-5, F175-F179 (biblio.).

Dysfonction érectile d'origine vasculaire.

BONNIN C.

La dysfonction érectile est une pathologie fréquente, multifactorielle, à prédominance vasculotissulaire. Elle est un marqueur de santé cardiovasculaire et de santé globale. Elle est potentiellement annonciatrice d'événement coronaire ou la première manifestation d'une maladie cardiovasculaire établie. La question de la dysfonction érectile devrait être systématiquement abordée à partir de l'âge de 40 ans. La prise en charge repose sur l'interrogatoire, l'examen clinique et un bilan biologique minimal consensuel. La prise en charge médicale est relativement bien codifiée, les inhibiteurs de la phosphodiesterase 5 étant la première ligne du traitement.

E.M.C., 2024, 18-700-A-15, 11 p. (biblio.).

Imagerie et chirurgie bariatrique.

SIAUVE N., TETELBOUM N., GHOSN I., BEN REJEB J., BELKACEM A., GIOVINAZZO D., CALABRESE D., MOSZKOWICZ D. et LEDOUX S.

Le recours à la chirurgie bariatrique a fortement progressé. Les indications sont codifiées et relèvent d'une évaluation multidisciplinaire. Les techniques chirurgicales sont très spécifiques et en évolution constante. La gastrectomie longitudinale et le court-circuit gastrique en Y sont les deux techniques les plus fréquemment pratiquées à l'heure actuelle. Le suivi des patients opérés est bien codifié et rigoureux, en raison du risque de survenue de complications. L'imagerie est très utile dans ce suivi, que ce soit en postopératoire immédiat ou à distance de la chirurgie. Cet article a comme fil directeur les défis auxquels sont confrontés les radiologues pour mettre en œuvre de bonnes pratiques d'imagerie. La première partie est consacrée aux prérequis indispensables en amont de l'imagerie. La deuxième partie expose les bases nécessaires à la réalisation d'une imagerie adaptée. Les deux examens d'imagerie sont le transit œso-gastro-duodénal et le scanner. La troisième partie a pour objectif de faire connaître les aspects radiologiques normaux postopératoires propres à chaque technique.

E.M.C., 2024, 33-165-A-10, 20 p. (biblio.).



CENTRE DE DOCUMENTATION SUR LE DOMMAGE CORPOREL

31 rue du Colisée – 75008 Paris

Tél. : 01.53.21.50.73

Email : severine.maitre@lecddc.com

 www.lecddc.com