

## AMPUTATIONS DANS DES SITUATIONS D'URGENCE : INDICATIONS, TECHNIQUES

La décision d'amputer est toujours difficile à prendre, mais elle est d'autant plus lourde de conséquences dans des situations d'urgence, présentant habituellement des facteurs de complications supplémentaires. Ceux-ci incluent des facteurs humains (liés simultanément au chirurgien et au patient), établissement de santé mauvais ou non-existant, particulièrement dans des conditions de guerre ou dans des pays pauvres en ressources, de même il s'agit de tenir compte des considérations culturelles et religieuses de la région.

Les amputations génèrent toujours beaucoup de discussions parmi les membres du team médical. Les chirurgiens volontaires doivent être briefés quant aux protocoles d'application au sein de MSF et aux particularités des pays spécifiques.

Dans les pays en voie de développement et ceux à situation politique instable, approximativement 50% des fractures ouvertes ont pour résultat soit une ostéite soit une non-consolidation. Ces chiffres sont en concordance avec des rapports antérieurs faisant mention de 43% d'infections et 42% de non-consolidation au Nigéria, et 38-55% de taux de complications en cas de chirurgie de guerre.

Prendre la décision adéquate en cas d'amputation est toujours difficile ; le contexte géopolitique peut y ajouter des complications. Les facteurs qui compliquent le plus fréquemment la prise de décision sont: humains, la qualité et la disponibilité d'équipement médical, les considérations culturelles et religieuses.

- **Le Patient** : l'âge du patient est à considérer ; étant donné les facteurs de guérison liés à l'âge ainsi que d'autres éléments, ce facteur a donc été pris en considération et est incorporé dans des mesures standardisées comme le '*Mangled Extremities Severity Score*' (Score de Gravité des Extrémités Mutilées). La présence fréquente de pathologies médicales additionnelles et/ou de multiples traumatismes doivent également être pris en compte.
- **Le Team médical** : Près de 15 à 20% des membres doivent faire l'objet d'une amputation. Les chirurgiens doivent se montrer capables de s'adapter à des situations non idéales (locaux sous-équipés ou pauvres en ressources), s'en tenir aux dispositions des protocoles d'application et se montrer aptes à s'écarter des pratiques médicales conventionnelles.
- **Culture et religion** : la religion peut constituer une barrière assez stricte à l'amputation. Conformément aux Lois de la Sharia le corps humain appartient à Allah et, ainsi, l'homme a une obligation formelle de préserver l'intégrité du corps humain. (وَلَا تَقْتُلُوا أَنْفُسَكُمْ إِنَّ اللَّهَ كَانَ بِكُمْ رَحِيمًا [النساء: 29]). L'interprétation de cette loi est très restrictive dans certaines régions et peut en fait constituer une contre-indication formelle à l'amputation, ou, éventuellement, un réel danger pour le chirurgien. Les aspects culturels d'autres religions peuvent parfois constituer un poids moral à l'impact à ne pas négliger.

Il est crucial que les teams médicaux d'expatriés disposent de suffisamment d'expérience de terrain et/ou le staff local ou les partenaires, afin qu'ils puissent incorporer tous ces facteurs pour la prise de décision et les nécessaires interactions avec les patients.

## Indications pour les amputations au sein de MSF

Quoique la décision d'amputer soit simple et directe, quand la vie d'un patient est en danger – par exemple chez des patients avec une gangrène au stade précoce ou en cas d'hémorragie incontrôlée –, la décision est plus difficile à prendre en cas d'atteinte grave des nerfs. La considération essentielle pour ce dernier cas de figure est généralement: *dans mon type d'installation spécifique avec l'équipement et le type de soins disponibles, mon patient sera-t-il capable de marcher d'ici 12 mois?* Toutefois le Groupe MSF de travail de Chirurgie a admis que des directives plus précises seraient utiles, ce qui fait que nous avons récemment introduit le 'Score de Gravité des Extrémités Mutilées' (Mangled Extremity Severity Score) dans nos protocoles. À partir de maintenant, ce score sera repris dans tous nos rapports opératoires et évalué de manière prospective en tant que facteur de facilitation de prise de décisions. Un score MESS égal ou plus grand que 7 signifie une valeur de pronostic de 100% en faveur d'une amputation.

## Technique chirurgicale

Notre protocole spécifie également la manière dont les amputations doivent être accomplies. L'amputation 'guillotine' est interdite. Seuls des lambeaux en 'bouche de poisson' doivent être mis en place, et ces lambeaux devraient être suffisamment longs pour couvrir les tissus mous du moignon. L'amputation doit extirper tous les tissus morts, contaminés, ayant fait l'objet de contusions, avec une fermeture (suture) différée. Les lambeaux doivent être coupés longs, permettant la rétractation; les muscles et fascias du patient ne doivent pas être suturés. La fermeture secondaire est effectuée 3-5 jours plus tard.

Sur les membres inférieurs, nous pratiquons les deux amputations standard: en dessous du genou et au-dessus du genou, avec un minimum de 5 cm de diaphyse de tibia (idéalement 12-14 cm) et 10 cm pour le fémur (idéalement 25-28 cm). La cicatrice devrait être aussi postérieure que possible.

Pour les membres supérieurs chaque centimètre compte, particulièrement dans des situations où le patient n'est pas susceptible d'obtenir une prothèse de bras.

Rappelez-vous que les soins postopératoires sont le plus souvent de la responsabilité du chirurgien, qui, de façon typique, fera aussi office de physiothérapeute. Le moignon exige un type de bandage ferme approprié afin de hâter la transition de cylindre encombrant vers un cône approprié ; la douleur (incluant la douleur liée au membre fantôme) doit être gérée.

MSF ne permet pas de multiples procédures de chirurgie sur des membres présentant des blessures vasculaires et nerveuses dans des installations précaires ou pauvres en ressources ; nous disons donc avec emphase que nos chirurgiens ne doivent jamais mettre la vie en danger quand une infection est présente.

Toute amputation ne peut qu'être exécutée avec le consentement approprié du patient et, chaque fois que possible, de la famille avec la présence d'un témoin. Le rapport opératoire doit inclure le score 'MESS', la technique et les soins postopératoires employés.

**'Mangled Extremity Severity Score' (MESS) – Score de gravité des Extrémités Mutilées**

		Points
<b>Squelette, blessure des tissus mous</b>	<b>Basse énergie</b> (simple fracture, blessure par balle civil)	1
	<b>Énergie moyenne</b> (fracture ouverte ou multiple, dislocation)	2
	<b>Haute énergie</b> (blessure par balle à courte distance, blessure d'écrasement)	3
	<b>Très haute énergie</b> (cf. ci-dessus + importante contamination, avulsion des tissus mous)	4
<b>Ischémie du membre</b>	<b>Pouls réduit ou absent</b> (mais perfusion normale)	1*
	<b>Sans pouls</b> (paresthésie, problèmes de circulation capillaire)	2*
	<b>Fraîcheur de la peau, paralysie, insensibilité, engourdissement</b>	3*
<b>Choc</b>	<b>PA Systolique toujours &gt; 90 mm Hg</b>	0
	<b>Hypotension de manière fluctuante</b>	1
	<b>Hypotension persistante.</b>	2
<b>Age</b>	<b>&lt; 30</b>	0
	<b>30-50</b>	1
	<b>&gt;50</b>	2
<p>* <i>Score doublé pour ischémie &gt; 6 heures.</i>            Un score MESS ≥ à 7 signifie une valeur de pronostic de 100% en faveur d'une amputation.</p>		