

## LES TRAUMATISMES DES MEMBRES PAR AGRESSION

H. SAIDI<sup>1</sup>, R. CHAFIK<sup>1</sup>, A. AYACH<sup>1</sup>, M. MADHAR<sup>1</sup>, S. LOUAHLIA<sup>2</sup>, T. FIKRY<sup>1</sup>

1. Service de Chirurgie Orthopédique, Hôpital Universitaire Mohamed VI, Marrakech, Maroc

2. Service de Médecine Légale, Hôpital Universitaire Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

## RESUME

Ce travail rétrospectif a porté sur l'étude de 1637 victimes d'agression ayant des lésions traumatiques des membres. Nos blessés étaient de sexe masculin dans 78% des cas et avaient un âge moyen de 21 ans. Ils provenaient de la banlieue dans 70% des cas. Les agressions prédominaient durant les mois d'été et les vendredis, samedi et dimanche et durant les tranches horaires 18 heures - minuit. Les agressions par arme blanche étaient retrouvées dans 44%, par coup de poing 27% et par coup de bâton 18%. Le membre supérieur était touché dans 76% des cas. Les lésions étaient complexes dans 52% des cas. Le traitement était orthopédique ou chirurgical selon le principe du tout en un temps avec mobilisation précoce. Les résultats fonctionnels étaient globalement bons sauf en cas de lésions nerveuses avec ou sans lésions vasculaires et tendineuses complexes. Le mode d'agression était dominé par les coups de couteaux et les coups de poing. Les lésions prédominaient au niveau du membre supérieur (76%) où elles étaient essentiellement distales. A l'inverse, au niveau du membre inférieur, elles étaient essentiellement proximales. La déféstration et la projection d'un véhicule ont été rapportées dans 5 cas. Le traitement était fait en urgence ou en semi-urgence dans 83% des cas. Il s'agissait avant tout de plaies qui saignaient. Le traitement était adapté à chaque cas et le principe du tout en un temps était particulièrement respecté dans la réparation des plaies. Quatre vingt treize pour cent des blessés étaient traités en hôpital de jour. Le traitement était chirurgical dans 77% des cas et orthopédique ou médical dans 23% des cas. La rééducation a été souvent non ou mal suivie en raison de son inaccessibilité, son coût ou de la non coopération des blessés. Nos résultats sont comparables à ceux des autres séries. La violence est un phénomène d'une grande ampleur qui a amené à la réflexion sur les solutions possibles pour réduire ce fléau, notamment par le renforcement des dispositifs de sécurité, la limitation de la consommation d'alcool et des stupéfiants et l'amélioration des conditions socio-économiques en particulier dans les banlieues sensibles.

Mots clés : traumatisme, membres, agression, plaies, violence

## INTRODUCTION

Les traumatismes des membres par agression constituent un mode de recrutement fréquent en traumatologie (3, 10). Ils sont intimement liés à l'insécurité sévissant dans les banlieues et constituent un véritable fléau socio-économique (4, 10). Ils génèrent habituellement des lésions complexes et variées, parfois très graves engageant le pronostic vital du blessé ou du membre traumatisé. Dans d'autres cas, c'est la fonctionnalité du membre qui est menacée. Dans ce travail rétrospectif, nous précisons les particularités épidémiologiques et cliniques de cette entité ainsi que les défaillances médico-légales constatées.

## PATIENTS ET METHODES

Ce travail est une étude rétrospective étalée sur 24 mois (janvier 2002 à décembre 2004), nous avons colligé tous les patients ayant consulté pour traumatismes des membres, aux urgences et en consultation de traumatologie-orthopédie, et dont le mécanisme était une agression.

Nous avons collecté les données épidémiologiques cliniques, sociales et médico-légales par une fiche d'exploitation.

## RESULTATS

Il s'agissait de 1637 victimes d'agression dont 1277 hommes (78%) et 360 femmes (22%), l'âge moyen de nos patients était de 21 ans avec des extrêmes de 2 et 74 ans.

Il y avait des antécédents d'agression chez 573 patients (35%). Parmi nos patients, 25 (1,52%) ont consulté pour complication après cicatrisation ou consolidation de leurs fractures, il s'agissait de 12 fractures des 4ème-5ème métacarpiens et de 13 sections tendineuses ou tendino-nerveuses du poignet et de la main (tableau I). Les blessés étaient originaires des banlieues et des campagnes dans 70% des cas, du centre ville dans 22% des cas et des autres villes dans 8% des cas.

Tableau I. Répartition selon le type lésionnel

Lésions	Effectif	Pourcentage (%)
Plaies superficielles	224	14
Tendons de la main et ou du poignet	517	32
Plaies du tendon d'Achille	2	-
Fractures :	458	28
- Métacarpien	183	
- Avant-bras	150	
- Scaphoïde carpien	3	
- Coude	24	
- Bassin	8	
- Fémur	5	
- Jambe	34	
- Cheville et pied	26	
- Autres	25	
Lésions musculaires	313	19
Troncs nerveux périphériques	39	2,3
Plexus brachial	1	-
Troncs artériels	35	2,1
Luxations :	25	1,5
- Epaule	4	
- Genou	2	
- Doigts	10	
- Radio-ulnaire distale	9	
Entorses :	17	
- Cheville	12	
- Poignet	5	
Amputation :	6	
- Doigts	5	
- Main	1	
<b>TOTAL</b>	<b>1637</b>	<b>100</b>

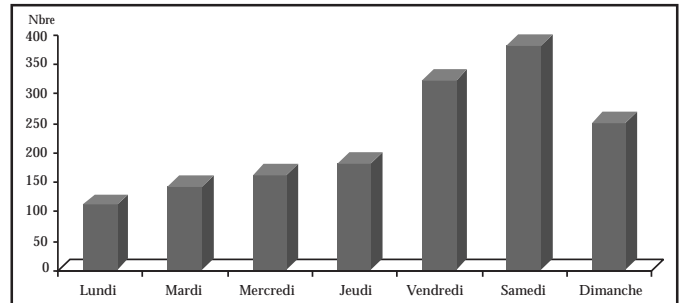


Fig. 2. Répartition des recrutements selon les jours de la semaine

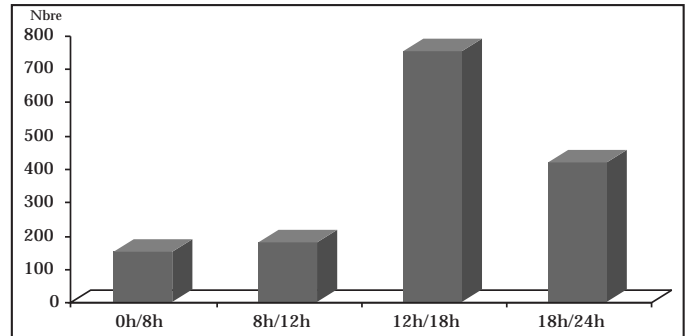


Fig. 3. Répartition des recrutements selon les tranches d'horaires de la journée

La répartition selon les mois, les jours et les heures d'admission des blessés est rapportée dans les figures 1, 2 et 3. Les circonstances du traumatisme étaient mal précisées, contradictoires ou dissimulées dans 425 cas (26%). Toutefois, les rixes, le vol, l'autolyse et les scènes de ménage étaient les causes les plus fréquentes et parfois intriquées. Le mode d'agression était dominé par les coups de couteaux et les coups de poing.

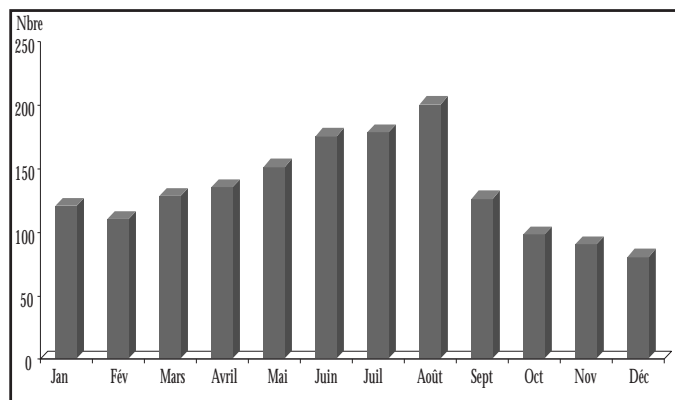


Fig.1. Répartition des recrutements selon les mois

Les lésions prédominaient au niveau du membre supérieur (fig. 4) avec 76% où elles étaient essentiellement proximales (tableau II). La défenestration et la projection d'un véhicule sont rapportées dans 5 cas (0,3%). Le traitement était fait en urgence ou en semi-urgence dans 83% des cas. Il s'agissait avant tout de plaies qui saignaient. Le traitement était adapté à chaque cas et le principe du tout réparer en un temps était particulièrement respecté dans la réparation des plaies. Quarante vingt trois pourcent des blessés étaient traités en hôpital de jour. Le traitement était chirurgical dans 77% des cas et orthopédique ou fonctionnel dans 23% des cas. La rééducation a été souvent non ou mal suivie en raison de son inaccessibilité, son coût ou de la non coopération des blessés.

Les résultats fonctionnels globaux étaient très variables. Ils étaient évalués pour chaque groupe lésionnel suivant des critères clinico-radiologiques (douleur, fonctionnalité, amputation, mobilité, force, retentissement socioprofessionnel, anomalies radiologiques...).

Les résultats étaient globalement bons chez 58% et mauvais chez 42%.

Le coût pour l'hôpital était particulièrement difficile à étudier. Toutefois, la mobilisation du bloc opératoire était de 120 minutes par malade opéré au bloc central ou des urgentes en moyenne, sans compter les déprogrammations fréquentes des autres patients moins urgents. Enfin, notons qu'aucun blessé n'a eu de couverture sociale parmi l'ensemble de nos patients.

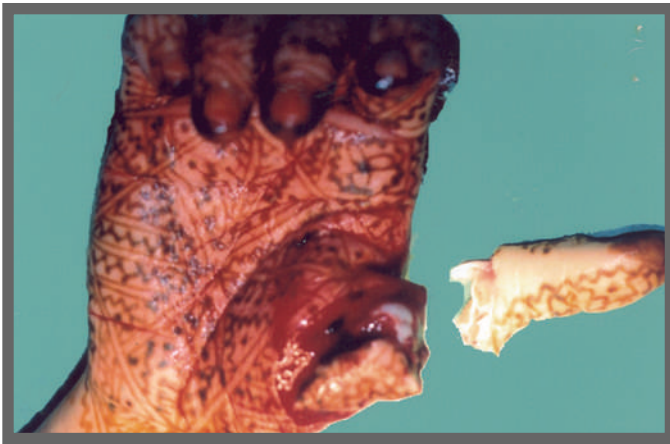


Fig. 4. Amputation traumatique du pouce droit suite à une agression par un coup de couteau

Tableau II. Répartition selon le siège de la lésion

Siège	Effectif	Pourcentage (%)
Membre supérieur	1244	76
- Proximal	344	21
- Distal	900	55
- Membre inférieur	393	24
- Proximal	278	17
- Distal	115	7
TOTAL	1637	100

## DISCUSSION

Les scènes de violence sont de plus en plus fréquentes et choquantes. Les lésions traumatiques des membres par agression intéressent avant tout les hommes en raison de leur exposition naturelle à la violence. Toutefois, certaines séries rapportent une prévalence identique des hommes et des femmes en raison de la fréquence des conjuguopathies (9). Les personnes jeunes sont les plus fréquemment touchées (2, 5, 8). Ceci semble lié au taux de chômage particulièrement élevé, au bas niveau socio-économique et à la propension à la consommation de drogues et à l'alcoolisme notamment dans les banlieues pauvres (1, 10). Cet aspect étiopathogénique se vérifie bien dans notre série où la majorité des blessés sont recrutés des banlieues et en fin de semaine.

L'importance du recrutement en fin de semaine et durant les mois d'été pourrait être liée aux vacances et à la consommation d'alcool. Le mécanisme lésionnel est très varié (4, 6, 7, 10). La nature de l'agent vulnérant est très variable selon les pays, le niveau culturel et social de l'agresseur. Aussi, l'accès facile aux armes à feu aux États-Unis d'Amérique les place en premier rang des modes d'agression. Alors que les rixes de voisinage ou intrafamiliales font rarement appel aux armes (8, 9). Dans la région de Marrakech, un sabre arqué spécialement

utilisé dans la section de branches de palmiers est assez souvent rapporté comme agent vulnérant. Au niveau du membre supérieur, l'agent vulnérant agit distalement comme dans un mouvement de parade. Par contre, l'arme blanche portée par l'agresseur vient attaquer le blessé à hauteur de la racine des membres inférieurs (fig. 5). Toutefois, la main de l'agresseur prolongée par un bâton ou un long couteau peut atteindre facilement la jambe ou la cheville du blessé.

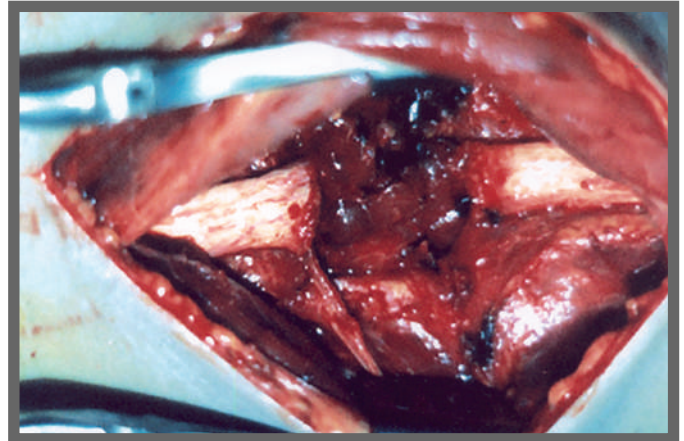


Fig. 5. Plaie par arme blanche située à la racine du membre inférieur

Les lésions traumatiques des membres par agression peuvent passer inaperçues. Il s'agit en fait de lésions minimales et souvent superficielles, ou bien, aussi, de lésions que le blessé a tenté de cacher de peur de poursuite personnelle ou familiale. Toutefois, toute plaie est à explorer afin d'éviter de méconnaître des lésions, souvent difficiles à rattraper.

Le traitement doit être le plus précoce et le plus complet possible. Pour cela, la prise en charge doit être multidisciplinaire. L'un des problèmes les plus fréquents étant l'indisponibilité de chirurgiens vasculaires dans tous les hôpitaux périphériques.

Ces lésions engendrent un coût et un préjudice à plusieurs niveaux :

- Pour le blessé : qui subit des lésions plus ou moins graves, dont certaines, si elles n'engagent pas le pronostic vital du patient ou du membre blessé, aboutissent souvent à une véritable amputation fonctionnelle comme c'est le cas des lésions nerveuses plus ou moins complexes ou associées (fig. 6a et 6b). A cela s'ajoute aussi le préjudice psychique qui ne doit pas être relégué au 2ème plan (2, 3, 5).
- Pour l'hôpital : en raison du coût du consommable, de l'encombrement et de la mobilisation du personnel dont on entend de plus en plus de pénuries.
- Pour les autres malades : qui se voient relégués au 2ème niveau de priorité opératoire.

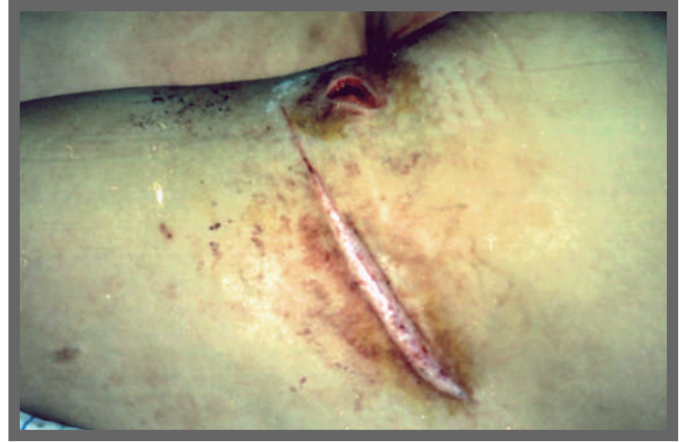


Fig. 6a et 6b. Images peropératoires d'une plaie par arme blanche montrant la section nerveuse et sa suture

- Pour la famille : qui prend en charge une grande partie des soins prodigués au blessé.
- Pour l'Etat et la société : par le coût souvent sous estimé que nécessitent l'enquête, les poursuites et l'incarcération des agresseurs.

D'autres problèmes d'ordre médico-légal sont souvent rencontrés, en particulier dans les hôpitaux périphériques ne disposant pas de centres médico-légaux. Il s'agit des problèmes de la délivrance des certificats médico-légaux, de leur évaluation, de la compétence du prescripteur et du suivi des blessés.

Les résultats fonctionnels globaux étaient très variables. Ils étaient évalués pour chaque groupe lésionnel suivant des critères clinico-radiologiques (douleur, fonctionnalité, arriputation, mobilité, force, retentissement socioprofessionnel, anomalies radiologiques...).

Les résultats fonctionnels étaient globalement plus bons en cas de :

- Fractures isolées et fermées.
- Précocité du traitement.
- Plaies simples.

Les résultats fonctionnels étaient plus mauvais en cas de :

- Lésions complexes tendineuses et nerveuses associées.
- Lésions vasculaires proximales, en raison des amputations qu'ils ont générées.
- Polytraumatisme.

## CONCLUSION

Afin de réduire la fréquence et l'impact des blessures des membres par agression, il faudra insister sur l'importance de :

- La dissuasion, par le renforcement de la sécurité des banlieues et des lois contre toutes les formes de violence et de toxicomanie.
- L'amélioration des conditions socio-économiques.

- La prise en charge multidisciplinaire initiale y compris le soutien psychique des blessés.
- Procéder à une prise en charge psychiatrique pour prévenir les récidives.
- La couverture sociale élargie.
- La multiplicité des centres médico-légaux.
- Les stratégies d'éducation et les campagnes de sensibilisation contre la violence dans toutes ses formes en ayant en particulier un œil attentif sur les scènes de violence à la télévision et à l'internet.

## REFERENCES

1. Brand B. Trauma and women. *Psychiatr Clin North Am* 2003; 263 : 759-79.
2. Caffo E, Belaise C. Psychological aspects of traumatic injury in children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am* 2003 ; 1 , 12-3 : 493-535.
3. Elklit A, Brink O. Acute stress disorder in physical assault victims visiting a Danish emergency ward. *Violence Vict* 2003; 18, 4 : 461-72.
4. Flannery DJ, Singer MI, Wester KL. Violence, coping, and mental health in a community sample of adolescents. *Violence Vict* 2003 ; 18-4 : 403-18.
5. Madziga AG. Arrow injuries in North East Nigeria. *West Afr J Med* 2003 ; 22 (2) : 106-9.
6. Montariol Pr. Violence dans les établissements d'enseignement. Expérience de l'unité de consultations médico-judiciaires du Val-de-Marne. *J Med Leg Dr Med* 2000 ; 43 (6) : 516-9.
7. Potard D et Al. La consultation des coups et blessures volontaires de l'hôtel Dieu de Clermont-Ferrand : bilan d'activité 1986-1990. *J Med Leg Dr Med* 1993 ; 36 (5-6) : 377-89.
8. Tournaud PM. Bilan d'activité de la consultation médico-légale pour coups et blessures volontaires en hôpital général : à propos de 1235 cas. Thèse de médecine 1996, Lyon.
9. Zun LS, Downey LV, Rosen J. Violence prévention in the ED : linkage of the ED to a social service agency. *Am J Emerg Med* 2003 ; 21 (6) : 454-7.