Problématique de prise en charge du Crush Syndrome à la phase aiguë chez l'adulte

P. Hemou (1*), H.D. Sama (2), P. Tchétikè (2),
S. Kutoati (3), J. Alawoe (4), G. Akala-Yoba (2)

(1) DAR Cochin, France (2) SAR CHU Sylvanus Olympio Lomé Togo
(3) Lille (4) Montpellier France

*: Hôpitaux Universitaires Paris Centre Cochin Pitchakihemouf49@gmail.com

Définition

Le Crush Syndrome se définit comme l'ensemble des manifestations locales et générales secondaires à une **rhabdomyolyse traumatique avec ischémie** de grosses masses musculaires (avant la 6^{ème} heure) par compression prolongée à l'origine d'un syndrome compartimental ou syndrome des loges.

Etiopathogénie

Il est à différencier des rhabdomyolyses non traumatiques, notamment de posture. Rarement isolé, il peut passer inaperçu dans les 24 à 48 premières heures de la phase aiguë d'un traumatisme sévère type polytraumatisé blessé, blasté et brûlé (les 3 B) avec pour principales préoccupations la sauvegarde des grandes détresses vitales au premier plan, elles-mêmes sources d'agression rénale avec hyperkaliémie menaçante. Le **syndrome compartimental** explique l'importance de l'hypovolémie, de l'acidose et de l'hyperkaliémie résultant de l'insuffisance rénale aiguë myoglobinurique par vasoconstriction ischémique rénale, cytotoxicité directe de la myoglobine précipitant dans les tubules et des radicaux libres.

Intérêt

Le crush syndrome constitue une **urgence médico-chirurgicale et des catastrophes récurrente** et d'actualité, les meilleurs exemples étant issus des séismes, explosions, attentats, effondrements d'immeubles comme celui survenu récemment à Lagos au Nigéria et mettant en exergue tous les problèmes de prise en charge de ce **syndrome grave** : 10 à 40% de mortalité selon les séries publiées.

La gravité tient à l'importance de l'hypovolémie. Le syndrome de revascularisation lors de la décompression par levée de garrot ou post-chirurgicale (fasciotomies, nécrosectomies, voire amputation) peut entraîner un arrêt cardiaque irréversible par hyperkaliémie sur terrain hypovolémique, choqué et à estomac plein ayant pu bénéficié d'une induction à séquence rapide comportant la succinylcholine.

Le **remplissage précoce** (dès le pré-hospitalier) et **important** (1 à 1,5l/heure hors hypotension) durant les 24 premières heures est le meilleur gage de succès immédiat et ultérieur en restaurant une **normovolémie** et un débit urinaire de 1 à 2ml/kgheure permettant d'éviter le bicarbonate de sodium pour l'alcalinisation des urines, l'usage de diurétiques comme le furosémide ou le mannitol, voire l'épuration extrarénale (EER) « prophylactique » ou de nécessité en vue d'une alimentation équilibrée.

Mots clés: Rhabdomyolyse, Syndrome compartimental, Myoglobinurie, Insuffisance rénale aiguë