

Prise en charge d'une rhabdomyolyse post-traumatique

Date de mise en œuvre	6/11/2003
Version	1.0
Rédacteurs	T. Loeb
Date de dernière révision	1/05/2006
Coordinateur	T. Loeb, D. Journois
Titre	Prise en charge d'une rhabdomyolyse post-traumatique
Objet	Préciser les modalités de mise en œuvre en réanimation du traitement d'une rhabdomyolyse diagnostiquée dans un contexte post-traumatique.
Destinataires	Médecins Anesthésistes-Réanimateurs en charge de l'accueil et du traitement des blessés graves au sein du Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale d'HEGP.

Indication

Attrition musculaire majeure avec augmentation des CPK au-delà de 1000 UI/L et/ou de la myoglobulinémie au-delà de 200 mg/L, dans un contexte post-traumatique.

Principe

Corriger les facteurs qui pourraient aggraver la vasoconstriction rénale et accroître l'élimination de la myoglobine afin de diminuer les effets de la myoglobine sur le tubule proximal pour prévenir la survenue d'une insuffisance rénale. D'autre part, maîtriser une hyperkaliémie éventuelle afin de prévenir la survenue de troubles du rythme cardiaque.

Réalisation

- Mise en place de voies d'abords vasculaires de calibres suffisants pour assurer une expansion volémique rapide ;
- Pose d'une sonde urinaire pour permettre de façon aisée la surveillance d'un débit urinaire élevé ;
- Perfusion de solutés cristalloïdes ou colloïdes en quantité nécessaire pour assurer un débit urinaire de 2 à 3 ml/kg.h dans les 2 heures qui suivent l'instauration du traitement. Les apports potassiques sont nuls ou faible ;
- En cas de non obtention du débit urinaire attendu après 2 heures de prise en charge : appréciation de la précharge rénale par des explorations complémentaires dont le choix est laissé à l'appréciation du médecin anesthésiste-réanimateur (échographie

cardiaque et de la veine cave inférieure (en ventilation spontanée), monitoring par Picco, CardioQ, cathétérisme droit...);

- Ajustement du débit de perfusion en fonction du débit urinaire obtenu et de l'estimation de la précharge dépendance ;
- La persistance d'une hypotension et/ou d'un choc malgré une précharge efficace justifie l'introduction de vasoconstricteurs à une posologie permettant d'obtenir une PAM supposée compatible avec une perfusion rénale satisfaisante soit 70 mmHg ;
- Surveillance continue de la SpO₂ et intermittente de la SaO₂ par des gaz du sang prélevés régulièrement afin de pouvoir corriger d'éventuels troubles de l'hématose, notamment une hypoxémie, induits par un remplissage vasculaire massif ;
- Surveillance du pH urinaire à l'aide de bandelette urinaire, toutes les 2 heures, par l'IDE qui rapporte les résultats sur la pancarte de surveillance quotidienne ;
- Alcalinisation sanguine lorsque le pH urinaire est < 6,5 et que la volémie est jugée optimale, par une perfusion continue de bicarbonate de sodium 1,4%, à un débit initial de 500 ml en 4 heures à ajuster à la deuxième heure et à arrêter ou à renouveler à la quatrième heure en fonction de l'évolution du pH urinaire (objectif > 6,5) ;
- En cas de débit urinaire < 2 ml/kg.h et après s'être assuré que la volémie est optimale et le reste au cours du temps, introduction ponctuelle d'un diurétique à très faible dose visant progressivement le rétablissement d'un débit urinaire > 2 ml/kg/h. Dans ce cas, le choix porte sur un diurétique de l'anse ;
- Si malgré tout, en cas de rhabdomyolyse sévère (CPK > 5 000 UI/L) et d'impossibilité d'assurer un débit urinaire > 2 ml/kg/h sur les 12 dernières heures, le recours à l'épuration extra-rénale est justifié. Dans ce cas on utilise une méthode favorisant l'élimination de molécules de PM intermédiaire (CVVH) avec un réglage essayant de préserver au mieux la diurèse résiduelle spontanée du patient (déplétion minimale ou inflation hydrique). Une CVVH sans oligurie n'est justifiée que si le rapport (CPK plasmatique)/(diurèse horaire) reste supérieur à 10 après 3 heures de traitement adapté.
- S'il existe un syndrome de loge, la fasciotomie chirurgicale (incision de décharge) est discutée au cas par cas avec le chirurgien orthopédiste. En cas de doute, une mesure de la pression intra-compartimentale est réalisée. L'existence d'une pression supérieure à 40 mmHg ou supérieure à la pression artérielle diastolique moins 30 mmHg pendant 6 à 8 heures est adoptée comme signe positif ;
- Le ionogramme sanguin est surveillé par un dosage au minimum bi-quotidien et la surveillance de la kaliémie est assurée par des mesures itératives (au moins toutes les 6h00) des gaz du sang ;
- L'hyperkaliémie est corrigée ;
- Une anémie est corrigée par la transfusion de concentrés érythrocytaires avec pour objectif de maintenir un hémocrite autour de 30-35% ;

- L'évolution de la rhabdomyolyse est surveillée par un dosage bi-quotidien des CPK ou de la myoglobine ;
- Ce traitement spécifique de la rhabdomyolyse est arrêté après la normalisation de la myoglobinémie.