

## Chapitre 6 : Chirurgie des pertes de substance

### Pertes de substance cutanée dorsales de la main

Roux JL\*

<sup>1</sup> Institut Montpelliérain de la Main, jlroux07@free.fr

Les pertes de substance (PDS) cutanée dorsales de la main peuvent être d'origine traumatique comme la classique « main de portière » mais peuvent aussi être secondaires à une résection tumorale, à une nécrose résultant de la diffusion de produits de chimiothérapie, à des séquelles de radiothérapie.

Le choix thérapeutique pour remplacer la perte de substance de la face dorsale de la main dépend de nombreux éléments : la PDS elle-même (étendue, profondeur, localisation), du patient (lésions associées, poly-traumatisme, état vasculaire, état psychologique) et enfin du chirurgien et de la panoplie thérapeutique dont il est familier.

Les solutions chirurgicales sont nombreuses, des plus simples comme la cicatrisation dirigée, les greffes de peau, les substituts dermiques, aux plus complexes comme les lambeaux libres, les lambeaux pédiculés prélevés à distance ou sur l'avant-bras.

Le chirurgien de la main ne peut à notre sens se passer de connaître parfaitement le lambeau pédiculé à distance de Mac Gregor. Ce lambeau a les immenses avantages, de la fiabilité, de la simplicité et d'une rançon cicatricielle mineure. Il faut connaître la contrainte post-opératoire imposée à la main et au membre supérieur qui doivent rester liés au bassin pendant 15 à 20 jours avant un 2<sup>ème</sup> geste chirurgical d'autonomisation. Les lambeaux pédiculés à contrario prélevés sur l'avant-bras évitent la contrainte de l'immobilisation et du 2<sup>ème</sup> temps chirurgical. Ces lambeaux doivent être connus en particulier le lambeau « chinois », prélevé sur l'artère radiale, qui est fiable et relativement facile à lever.

Avec le lambeau de Mac Gregor et le lambeau « chinois » le chirurgien de la main peut faire face à la plupart des situations. L'idéal étant d'avoir à sa disposition la panoplie chirurgicale de couverture la plus large possible.

Les substituts dermiques associés à la VAC thérapie vont continuer à se développer avec l'énorme avantage de réduire les séquelles du site donneur au prélèvement d'une greffe de peau mince.

---

### Approche minimale invasive totale par la méthode de radiofréquence dans la prise en charge de l'ulcère de jambes d'origine veineuse. Point de vue du chirurgien vasculaire en 2017

Tatete B<sup>1</sup>, Nganga J<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Hôpital de Nivelles, Belgique

<sup>2</sup> Hôpital de l'Amitié Sino-Congolaise, République Démocratique du Congo

L'ulcère veineux des membres inférieurs qui représente 80% des causes d'ulcères des jambes est un véritable fléau dans nos contrées, de par son diagnostic sous-estimé, qui entraîne par son traitement multidisciplinaire long, coûteux un découragement du patient. Généralement mal perçu dans les mœurs, il est impérieux de bien diagnostiquer la cause, car l'ulcère veineux représente environ 50% des cas d'insuffisance des veines saphènes mal soignée.

Nous proposons de privilégier une nouvelle approche minimale invasive par voie endoveineuse exclusive par radiofréquence des veines saphènes incontinente entraînant la guérison de l'ulcère veineux dans les 4 à 6 semaines, qui est une méthode sûre, prouvée, actée par la littérature et qui peut être également réalisée dans nos contrées subsaharienne (exceptée l'Afrique du Sud) à coût raisonnable. À propos de notre expérience en une année à Kinshasa.

## **Minimal invasive approach in management of legs venous ulcer. Standpoint of vascular surgeon in 2017**

Venous legs ulcer represent a most common leg ulcer 80% It's a medical problem in our low developed countries, by a difficulty to diagnose, its long multidisciplinary and expensive management, and discouragement. Generally It's worst feeling in our habits, we thing the necessity of best diagnose, because venous leg ulcer represent approximately 50% of incompetence saphenous veins bad treated.

We propose to privilege a new minimally invasive approach by endogenous treatment of incompetence saphenous veins, involve a healing of venous leg ulcer during 4 or 6 weeks, this is a save methods, approved by literature and we can realised in subsaharan's countries (except South Africa) with low cost. About how experiency during one year in Kinshasa.

---

## **Couvertures des pertes de substances des membres au CHU de Nancy**

Dap F<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Centre Hospitalier Universitaire de Nancy, France

Les petites pertes de substance superficielles pouvant être traitées par greffes cutanées sont exclus de cette conférence, de même que l'utilisation des substituts dermiques.

Principes généraux : le parage est le premier temps indispensable du traitement d'une perte de substance des membres. Un bon parage est affaire d'expérience, afin d'enlever les tissus morts et ceux voués à la nécrose (Raymond Vilain). Dans le cadre d'un traumatisme complexe, la triple priorité en urgence est d'assurer la stabilité du squelette (plaques, fixateur externe...), la revascularisation des tissus (suture ou pontage vasculaire), puis la couverture des structures lésées. Le plus souvent, il est difficile voire impossible de couvrir dès l'urgence. Un second parage est fréquemment nécessaire à 48/72 heures. Si la couverture doit être différée, la mise en place d'un pansement gras ou d'un système VAC permet d'attendre. Dans d'autres cas, la plaie n'est pas totalement propre malgré le ou les parages, il est alors

souhaitable de mettre un VAC pour assécher la plaie. Une greffe cutanée suffit rarement. En cas d'exposition de structures nobles, un lambeau est nécessaire, tout particulièrement en cas de perte de substance osseuse. Par rapport aux lambeaux fascio-cutanés, les lambeaux musculaires semblent apporter d'avantage de vascularisation et d'aide trophique, plus propice à protéger une future greffe osseuse, en particulier au niveau de la jambe.

Le choix du lambeau fait appel en priorité à la solution la plus simple et la plus fiable :

Membre supérieur :

A côté des petits lambeaux locaux taillés au hasard (random pattern flaps), la couverture des moyennes et grandes pertes de substance fait appel à quelques lambeaux particulièrement utiles:

- Le lambeau inguinal pédiculé de Mac Gregor possède de multiples avantages (fiabilité, facilité technique, absence de microchirurgie, étendue de la surface disponible), avec comme inconvénient les trois semaines de nourrice avant sevrage.

- Le lambeau pédiculé radial, dit lambeau chinois, est facile techniquement et fiable, apportant en un temps opératoire une surface considérable de peau de belle qualité, avec un arc de rotation qui atteint toute la main, mais il sacrifie l'artère radiale.

- Le lambeau interosseux postérieur ne nécessite aucun sacrifice vasculaire important, mais sa dissection est très difficile, avec une surface disponible et un arc de rotation moyens.

- Parmi les lambeaux libres microchirurgicaux, le fascia temporal apporte une couverture mince et une surface de glissement idéale à la face dorsale de la main, mais sa dissection nécessite un chirurgien connaissant bien la région temporale. Le lambeau inguinal libre, très difficile par la petite taille de ses pédicules, les lambeaux scapulaire et parascapulaire et plus récemment le lambeau antérolatéral de cuisse apportent une belle surface cutanée. Les indications de lambeaux musculaires sont plus rares au membre supérieur, dans les vastes pertes

de substances profondes, avec la possibilité d'utiliser le grand dorsal, le grand dentelé, ou le droit interne.

Membre inférieur :

- Les lambeaux cutanés locaux n'ont quasiment aucune indication, compte tenu de la faible élasticité du revêtement cutané des membres inférieurs.

- La priorité va aux lambeaux musculaires pédiculés, en fonction de la localisation de la perte de substance et de l'étendue des dégâts traumatiques en raison de leur facilité de prélèvement : jumeaux, soléaire.

- Les lambeaux cutanés et fascio-cutanés sur pédicule vasculaire, tels le lambeau sural, le supra-malléolaire de Masquelet, le lambeau pédieux et plantaire interne, voient leurs indications limitées par leur arc de rotation et leur surface. Ils sont cependant très utiles pour de petites et moyennes pertes de substance (plantaire interne sur talon et sural sur cheville par exemple).

- Les lambeaux fascio-cutanés à pédicule cutané trouvent très peu d'indications, y compris en cross-leg, compte tenu des séquelles esthétiques et de leur faible aide trophique locale.

- Dans les traumatismes à haute énergie tels les accidents de la route, l'étendue des dégâts impose l'utilisation d'un lambeau libre musculaire, tel le grand dorsal, le grand dentelé, voir les deux levés sur le même pédicule. Les défauts moyens peuvent être comblés par un droit interne, parfois un lambeau antéro-latéral de cuisse.

La qualité de la couverture des traumatismes sévères des membres permet d'envisager sereinement la consolidation ou la reconstruction osseuse secondaire si elle est nécessaire (technique de Masquelet ou fibula libre au-delà de 10 cm de perte de substance).

Il est essentiel de se souvenir que plus la couverture de ces graves traumatismes des membres n'est rapide, plus le risque infectieux local n'est faible.

## Réparation d'une perte de substance nasale par lambeau frontal: 1<sup>er</sup> cas à l'Hôpital Général de Loandjili

Mowondabeka P<sup>1</sup>, Nguouoni GC<sup>2</sup>, Bikindou AS<sup>1</sup>, Ondzotto G<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Service ORL et Chirurgie Cervico-Faciale. Hôpital Général de Loandjili

<sup>2</sup> Service ORL et Chirurgie Cervico-Faciale CHU Brazzaville

La reconstruction des pertes de substance nasales peut se faire par différents procédés chirurgicaux dont le lambeau frontal. Nous rapportons ici le premier cas de rhinoplastie par lambeau frontal réalisé à l'Hôpital Général de Loandjili pour une amputation du lobule nasal et de la columelle et ayant nécessité 2 temps opératoires. Nous discutons les indications, les avantages et inconvénients, ainsi que les complications relatives à cette technique.